

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**



---

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS  
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE  
LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ARTES,  
ESCUELAS DE ARTES APLICADAS Y ARTES  
ESCENICAS-COMUNES, EN LA UNIVERSIDAD DE  
CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH/SIDA”**

***Tesis previa a la obtención  
del título de Médico.***

**Autores: Sebastián Murillo.  
Adriana Orellana.  
Mayra Sarmiento.**

**Directora y Asesora: Dra. Eulalia Freire Solano**

**CUENCA, ECUADOR**

**2009 - 2010**



## RESUMEN

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa en los estudiantes de las escuelas de artes aplicadas y artes escénicas-comunes, de la Universidad de Cuenca, para determinar el nivel de conocimientos, actitudes y practicas sobre las ITS/VIH/SIDA; se utilizo una muestra de 66 de un universo de 475 estudiantes de la Facultad de Artes. Mediante la aplicación de un Pre-CAPs se estableció la calidad y el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes, se elaboró una presentación con materiales educativos, cuya efectividad se evaluó 3 meses después mediante un Post-CAPs en base a la teoría cognitiva-social de Albert Bandura.

Los resultados muestran una elevación significativa de los conocimientos sobre condilomas del 9.09% al 93.7%, gonorrea del 57.5% al 100%, tricomoniasis del 18.8% al 81.2%, clamidiasis del 18.8% al 92.2%. Con respecto a la forma de contagio sin penetración se incrementa del 74.2% al 89.1% y de madre infectada a hijo del 75.7% al 96.8%. En los síntomas de las ITS, existe una elevación significativa: dolor en el vientre bajo del 19.7% al 78.1%, verrugas en los genitales del 59.1% al 98.4% e inflamación en los ganglios del 45.5% al 89.1%. Sobre si son curables:



sífilis se incremento del 69.7% al 100%, tricomoniasis del 18.1 al 81.3%, clamidiasis del 18.1% al 92.2%.

En cuanto a las actitudes, existe una mejoría en relación a conversar con padres, ir al hospital, al médico, no ir a la farmacia, ni acudir a los amigos.

Con respecto a las prácticas sexuales, se aprecia un mejor discernimiento de mantener relaciones con coito genital y el uso del preservativo.

En los resultados de las escalas de auto eficacia A, B y C; se aprecia que la seguridad de los estudiantes se modificó pero no se obtuvo significancia estadística.

**PALABRAS CLAVE: ITS, PREVENCIÓN, CAPS, AUTOEFICACIA, VIH.**



## ABSTRACT

We performed a quasi-experimental study of educational intervention on students of schools of applied arts and performing arts-common, of the University of Cuenca, to determine the level of knowledge, attitudes and practices in STI / HIV / AIDS, was used a sample of 66 from a total of 475 students of the Faculty of Arts. Through the implementation of a Pre-CAPs was established quality and level of knowledge, attitudes and practices of adolescents was developed educational presentation materials, whose effectiveness was evaluated 3 months later by a Post-CAPs based on the theory social cognitive Albert Bandura.

The results show a significant increase of knowledge on condylomata of 9.09% to 93.7%, gonorrhea 57.5% to 100%, trichomoniasis 18.8% to 81.2%, chlamydia 18.8% to 92.2%. With regard to the mode of transmission without penetration increased from 74.2% to 89.1% and from infected mother to child from 75.7% to 96.8%. The symptoms of STIs, there are a significant elevation: pain in lower belly of 19.7% to 78.1%, genital warts 59.1% to 98.4% and swollen glands from 45.5% to 89.1%. Whether they are curable: syphilis



increased 69.7% to 100%, trichomoniasis 18.1 to 81.3%, chlamydia 18.1% to 92.2%.

In terms of attitudes, there is an improvement over talking with parents, going to the hospital, the doctor, do not go to the pharmacy, or go to friends.

With regard to sexual practices, we see a better insight into relations with genital intercourse and condom use.

The results of self-efficacy scales A, B and C shows that the safety of students was changed but there was no statistical significance.

**KEYWORDS: STI, PREVENTION, CAPS, SELF-EFFICACY, HIV**



## **RESPONSABILIDAD**

**Esta obra es responsabilidad  
absoluta de los autores**

-----

**Sebastián Murillo**

-----

**Adriana Orellana**

-----

**Mayra Sarmiento**



## **AGRADECIMIENTO:**

Queremos expresar nuestra gratitud:

A Dios

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

A nuestra Directora y Asesora de Tesis Dra. Eulalia Freire S.

Al Dr. Iván Orellana

A los estudiantes de la Facultad de Artes, Escuelas de artes escénicas y artes aplicadas.

A las Autoridades de la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca, por la acogida brindada y por hacer posible nuestra investigación.



## DEDICATORIA:

Dedicamos todo el esfuerzo realizado a nuestros padres que hicieron posible esto con su apoyo y amor brindado.

A la Dra. Eulalia Freire q con su entrega y participación nos supo guiar para la elaboración de esta tesis, al Dr.

Iván Orellana que nos colaboró y brindó sus conocimientos muy valiosos y a todos los estudiantes de la facultad de Artes, especialmente a las escuelas de Artes escénicas y Artes aplicadas q fueron un baluarte muy importantes para la realización de nuestra tesis.





## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Introducción.....	1
<b>CAPÍTULO I</b>	
1. Planteamiento del Problema.....	4
1.1.Justificación.....	12
<b>CAPÍTULO II</b>	
2. Marco teórico.....	15
2.1. Epidemiología.....	15
2.2. Infecciones de transmisión sexual.....	22
2.2.1. Herpes genital.....	22
2.2.2. Sífilis.....	25
2.2.3. Gonorrea.....	27
2.2.4. Tricomoniasis.....	30
2.2.5. Condiloma.....	32
2.2.6. Clamidiasis.....	35
2.2.7. VIH/SIDA.....	36
2.2.8.Prevenición de las enfermedades de transmisión sexual.....	38
2.3. Teorías del Aprendizaje.....	39
2.3.1. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura.....	43



2.3.2. Teoría de Vigotsky.....	49
2.3.2. Teoría de Paulo Freire.....	51
<b>CAPÍTULO III</b>	
3. Hipótesis y objetivos.....	61
3.1. Hipótesis.....	61
3.2. Objetivos.....	61
<b>CAPÍTULO IV</b>	
4. Metodología.....	63
4.1 Tipo de estudio.....	63
4.2. Universo.....	64
4.3. Tamaño de la muestra.....	64
4.4. Área de estudio.....	65
4.5. Plan de Análisis.....	66
4.6. Procedimientos, Técnicas e Instrumentos....	66
4.7. Descripción del Cuestionario.....	69
4.8. Cómo se procedió a recolectar los datos.....	75
4.9. De la intervención educativa.....	75
4.10. Análisis Estadístico.....	78
4.11. Normas éticas.....	78
4.12. Recursos humanos y técnicos.....	79
<b>CAPÍTULO V</b>	
5. Resultados.....	80
5.1 Tabla base.....	80



5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa.....	82
5.3. Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención Educativa.....	89
5.4. Escala de Autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA.....	99
5.5. Muestra de T relacionada para Autoeficacia sobre VIH/SIDA.....	105
<b>CAPÍTULO VI</b>	
6. Discusión.....	106
<b>CAPÍTULO VII</b>	
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	122
7.1 Conclusiones.....	122
7.2 Recomendaciones.....	123
<b>CAPÍTULO VIII</b>	
8. Revisión Bibliográfica .....	124
<b>CAPÍTULO IX</b>	
9. Anexos.....	136



## INTRODUCCIÓN

La Facultad de Ciencias Médicas tiene como uno de sus objetivos realizar programas de prevención de infecciones que produzcan resistencia bacteriana a los antibióticos. La presente investigación forma parte del proyecto “Prevención de las ITS y VIH-SIDA en los estudiantes universitarios de la Facultad de Artes de la Universidad Estatal de Cuenca”.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), se encuentran en la actualidad entre las causas más frecuentes de morbilidad a nivel mundial, siendo uno de los problemas más importantes para la salud de los jóvenes, desde el punto de vista social y económico mostrando un acelerado crecimiento en las últimas décadas, por lo que siguen siendo un problema persistente en el mundo, debido a su alta prevalencia y las complicaciones que origina. Si bien la magnitud exacta de este problema es desconocida, la información actual muestra que las ITS, se encuentran entre las cinco causas más importantes de años perdidos de vida productiva sana, en países en vías de desarrollo. Se estima que en el mundo actual se infectan con una ITS diariamente cerca de 685.000 personas y se asume que



cada año podrían ocurrir 330 millones de casos nuevos a nivel mundial. (1)

Las Enfermedades de transmisión sexual no solo constituyen un motivo de preocupación a nivel regional sino son una de las problemáticas de salud a nivel mundial ya que varios estudios arrojan como resultado la gran incidencia de estas patologías especialmente en personas jóvenes y se cree que esto es resultado de la práctica sexual sin protección y de la falta de información con la que se manejan los temas sexuales (2)

El grupo de edad más vulnerable para contraer la enfermedad son los jóvenes, cuyas edades oscilan entre los 20 y 28 años por eso el interés de nuestra investigación en la ciudad con los estudiantes universitarios que se encuentran este grupo de edad. Aunque cabe mencionar que otros grupos de riesgo lo constituyen los obreros y desempleados (amas de casa).

Actualmente la ITS de mayor impacto y gravedad es el VIH, el cual ha tenido un alcance muy amplio, convirtiéndose en una epidemia, que aunque, ha tendido a estabilizarse en los últimos años sigue siendo el principal problema de salud de la población mundial, según revela el Informe 2008 sobre la Epidemia Mundial del Sida de la ONU. En el



2007, se produjeron 2,7 millones de nuevas infecciones y 2 millones de personas fallecieron de SIDA. (3)

Las muertes causadas por el SIDA se incrementaron en nuestro país desde 1984. Actualmente son 1.709 los fallecimientos y en los últimos 10 meses de este año 51 personas fueron víctimas mortales del mal. (4)

Debido a estas alarmantes cifras y sabiendo que éstas no corresponden a los casos reales de VIH ni de otras enfermedades de transmisión sexual, es nuestro interés investigar el grado de conocimiento de estas enfermedades, practicas sexuales, uso de anticonceptivos y contagio de los estudiantes universitarios, así como las limitaciones que podrían padecer los individuos infectados, por el hecho de que se encuentran dentro del grupo vulnerable de contagio. (32)



## CAPITULO I

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (5)

La cultura, por lo tanto influye en el hecho de correr o no el riesgo de contraer ciertas enfermedades, de la misma manera influye en el acceso al tratamiento, en los cuidados de las enfermedades, en el apoyo o la discriminación para



con los que viven con enfermedades como el VIH SIDA por ejemplo.

El factor económico es un aspecto esencial que influye en toda clase social para el incremento de la incidencia de las ITS y principalmente del VIH/SIDA, puesto que la inequidad predispone a las personas económicamente afectadas a desarrollar actividades de alto riesgo, como la prostitución, que hoy en día afecta a hombres, mujeres y niños; problema que se va acentuando cada vez más en la sociedad sin encontrar una solución definitiva, pues ésta no solo depende del gobierno de turno, sino de crear conciencia en cada individuo de la población en riesgo. (6)

La juventud es una época de cambios muy acentuados tanto orgánica como psicológicamente, con adopción de hábitos propios del adulto y adquisición rápida de nuevos conocimientos. La liberación de los hábitos sexuales, que aumenta la exposición al riesgo, da apertura a efectos nocivos en lo somático y en lo psicosocial, ya que la persona joven que no está preparada física ni psíquicamente para las consecuencias de la sexualidad y la reproducción, se enfrenta a circunstancias adversas que pueden marcar de forma permanente y negativa su vida.





Hoy en día, la mayor parte de los jóvenes ha tenido experiencias sexuales y muchos de ellos tienen una actividad sexual regular y, sin embargo son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

En este sentido es importante la atención que se debe prestar a la población juvenil, ya que ha tenido y tiene, unas características peculiares que conlleva a diferentes problemas de todo tipo, lo que hace de esta época de la vida un período extremadamente sensible, trascendente y de consecuencias definitivas para el futuro de los individuos.

Otros factores que afectan a la prevalencia de estas enfermedades son: la pobreza, el desempleo, la falta de información, y la migración que son consecuencia de la actitud pasiva de los gobiernos de los países pobres, unido esto a la corrupción, hacen que epidemias como el SIDA, la Tuberculosis y otras avancen sumiendo a las poblaciones del tercer mundo en la desesperanza. (7)

En nuestro país según datos oficiales del Ministerio de Salud informa acerca del VIH/SIDA que existen 7.151



casos registrados; sin embargo, otras entidades estiman esa cifra en unos 70 mil.

El ministerio de Salud revela que las provincias que registran más enfermos y contagiados de VIH son Guayas (55,4 %), Pichincha (18,7%), El Oro (6.1%), y Los Ríos (3.9%). En el Azuay se presentan 1.23%.

Más de dos terceras partes de los casos de VIH notificados se han registrado entre varones, y se ha encontrado una prevalencia del VIH del 17% y el 23% en Quito y Guayaquil, respectivamente, entre homosexuales. La prevalencia entre las prostitutas fue baja: por debajo del 2%.

En el Ecuador los casos notificados de VIH/Sida en el 2006, la razón de genero hombre: mujer se sitúa en 1.5: 1 respectivamente. La razón heterosexual/bi y homosexual pasó de 0.5 en 1990 a 4.4 en el 2006. Indicando un incremento de casos de VIH en la población heterosexual.

En relación con la edad, hay un mayor porcentaje entre las edades de 25 a 29 años con un 27.5 % en el año 2006 de infectados por VIH. Según la OPS el 20% de adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año. En Ecuador el 60 % usó algún método



anticonceptivo en su primera relación sexual. El 30.7 % usa condón siempre y el 69,3 % lo usa a veces. (8)

Actualmente lo que más se ha incrementado es la cobertura de tratamiento antirretroviral; pero lo más importante a ser considerado es que la prevención del VIH debe ir interrelacionada con el tratamiento, deben acelerarse simultáneamente y realizarse conjuntamente con otras iniciativas. La prevención debe ser considerada como una intervención de “bien público” que requiere de la iniciativa y del apoyo del gobierno nacional para un abordaje amplio. (9)

### **Situación de la epidemia: hallazgos esenciales**

En el año 2006 vivían con el VIH 39 millones de personas a nivel mundial, calculándose 11.000 nuevas infecciones cada día por el virus, el 95% ocurre en el tercer mundo, y corresponde casi el 50% a mujeres y lo más lamentable es que 1500 corresponden a menores de 15 años.

Durante el año 2007 se registró que cada día, más de 6800 personas contraen infección por el VIH y más de 5700 fallecen a causa del SIDA, en la mayoría de los casos



debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. No obstante, la evaluación epidemiológica actual presenta elementos alentadores, ya que sugiere que: la prevalencia mundial de la infección por el VIH se mantiene en el mismo nivel, aunque el número general de personas que viven con VIH está aumentando debido a la acumulación continua de nuevas infecciones con períodos más prolongados de supervivencia, medidos en una población general en constante crecimiento; existen reducciones localizadas en la prevalencia en países específicos; se observa una reducción en la mortalidad asociada al VIH, en parte atribuible al reciente aumento de acceso al tratamiento; y se logró una reducción del número de nuevas infecciones anuales por el VIH a nivel mundial. (3)

La evaluación de las tendencias mundiales y regionales sugiere que la pandemia ha formado dos patrones generales: epidemias generalizadas en las poblaciones de muchos países de África subsahariana, y epidemias en el resto del mundo que se concentran principalmente entre las poblaciones de mayor riesgo, como homosexuales, usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus parejas sexuales. (3)



#### Resumen mundial de la epidemia de VIH y de SIDA, diciembre de 2005

Personas que vivían con el VIH en 2005	Total	40,3 millones (36,7-45,3 millones)
	Adultos	38,0 millones (34,5-42,6 millones)
	Mujeres	17,5 millones (16,2-19,3 millones)
	Menores de 15 años	2,3 millones (2,1-2,8 millones)
Nuevas infecciones por el VIH en 2005	Total	4,9 millones (4,3-6,6 millones)
	Adultos	4,2 millones (3,6-5,8 millones)
	Menores de 15 años	700.000 (630.000-820.000)
Defunciones por causa del SIDA en 2005	Total	3,1 millones (2,8-3,6 millones)
	Adultos	2,6 millones (2,3-2,9 millones)
	Menores de 15 años	570.000 (510.000-670.000)

Las modificaciones en la incidencia, junto con la mayor mortalidad por SIDA, han provocado la nivelación de la prevalencia mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el VIH/SIDA). (4)

***En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia de la infección VIH se relacionan con programas de prevención y cambios de comportamiento.***

Los datos de las últimas encuestas resaltan el impacto desproporcionado de la epidemia de SIDA en las mujeres, sobre todo en África subsahariana, en donde, en promedio, hay tres mujeres VIH-positivas por cada dos varones; entre los jóvenes, esta relación se amplía considerablemente:



tres mujeres jóvenes por cada varón del mismo grupo de edad.

Los esfuerzos de prevención del VIH entre los jóvenes siguen siendo insuficientes, aunque en varios países hay indicios de cambios de comportamiento. La meta para el 2005 era que el 90% de los jóvenes estuviera bien informado sobre el SIDA, las encuestas ponen de manifiesto que menos del 50% de jóvenes lo están. Las mujeres jóvenes están menos informadas que los varones. Un resultado alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado según el informe de ONUSIDA del 2006. (9)

No se encuentran en la bibliografía datos específicos de indicadores de conocimientos evaluados en nuestro país a excepción de un estudio realizado en Santo Domingo de Los Colorados; con respecto al Ecuador no existen datos sobre indicadores de conocimientos en la población sobre prevención de las ITS y VIH/SIDA, lo que refleja que en nuestro país no se han realizado esfuerzos en prevención bajo una línea programada como una política de estado. (32)



## 1.1. JUSTIFICACIÓN

Es primordial la facilitación de conocimientos en ITS y VIH/SIDA a los estudiantes de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Artes por:

- ❖ Ser un grupo vulnerable a las ITS y VIH/SIDA por la falta de conocimientos sobre estos temas.
- ❖ Diversos estudios realizados a nivel mundial concuerdan que los jóvenes tienen un alto riesgo de contraer ITS y VIH/SIDA
- ❖ Es de importancia conocer las prácticas sexuales de los estudiantes para desarrollar un esquema que sea de ayuda para reforzar sus falencias en estos temas.
- ❖ El VIH es una amenaza no solamente para los estudiantes sino también para su familia y su comunidad.
- ❖ Para tratar de disminuir las tasas de incidencias de las ITS y VIH/SIDA debido al aumento significativo en la notificación de infectados de estas enfermedades en los últimos tres años, con el aumento de la prevención.



- ❖ Hay datos estadísticos del país donde se observa que existe una tendencia a iniciar las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas.
- ❖ En la adolescencia las relaciones sexuales están sujetas a influencias externas que favorecen una disminución del control de la situación y una mayor vulnerabilidad, entre estas, está el consumo de alcohol y drogas, el no disponer de preservativos, la dificultad para una efectiva comunicación sexual, baja percepción de riesgo, etc.
- ❖ La educación sexual en el sistema educativo ecuatoriano aun debe fortalecerse, siendo necesaria la promoción de la salud sexual y educación sexual de forma continua.

Sin embargo también existen prácticas, creencias y actitudes que se desarrollan dentro del círculo juvenil que desmoronan todo aquello que se ha hecho en pro de la prevención de las ITS y VIH/SIDA.

El mismo hecho de la juventud crea expectativas y curiosidades de experimentar ciertos riesgos que pueden incluso frustrar sus vidas por completo.





Esta investigación es viable, puesto que se cuenta con una población susceptible a ser investigada, se dispone de recursos necesarios y existe la predisposición del equipo para llevarla a cabo.



## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

Una clara descripción del problema permitirá el conocimiento de los diferentes aspectos que influyen en la génesis de las ITS y VIH-SIDA en la actualidad, con el objetivo de modificar la situación desfavorable que encamina a medir y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en los estudiantes de la Universidad de Cuenca, de la Facultad de Artes, de las Escuelas de artes aplicadas y artes escénicas, a través de intervenciones educativas diseñadas para el efecto.

#### **2.1 EPIDEMIOLOGIA**

En la actualidad los jóvenes son considerados como un grupo de riesgo para las ITS y dentro de éstas, especialmente, el VIH/SIDA, así, vemos que el grupo etario más afectado esta entre 20 y 44 años de edad, es por eso que los conocimientos sobre el tema son insuficientes; además gran parte del problema se ve influenciado por el hecho de que hay una tendencia a iniciar las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, al existir una gran influencia externa que favorece una disminución del



control de la situación y una mayor vulnerabilidad, entre estas está el consumo de alcohol y drogas, el no disponer de preservativos, la dificultad para una efectiva comunicación sexual, baja percepción de riesgo y la tendencia que tienen los programas de prevención en nuestro país a estar dirigidos principalmente a la población general con escasas intervenciones en poblaciones vulnerables, de esta manera la sociedad sufre una de las más grandes crisis que afecta su desarrollo por la gran influencia en las tasas de morbi-mortalidad de la población. (10)

En los últimos años, principalmente después del avance epidemiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las infecciones de transmisión sexual (ITS) han adquirido especial relevancia como un importante problema de salud pública.

Cabe señalar que las infecciones de transmisión sexual (ITS) se encuentran entre las primeras cinco causas que demandan atención médica. Existen grandes dificultades en el control y manejo adecuado de ellas, lo que ha ocasionado un impacto y la necesidad de plantear nuevos programas de prevención que permitan reducir la magnitud y la trascendencia de estas infecciones. (11)



La OMS ha estimado que cada año “se presentan más de trescientos treinta y tres millones de casos de ITS curables, un millón de nuevos casos de infección por VIH y millones de otras ITS virales como Herpes y Hepatitis B, de los cuales 36 millones corresponden a Latinoamérica y el Caribe”(19)

Según los datos del 2007, se estima que en el mundo viven 33,2 millones de personas con VIH, de los cuales 2,5 millones adquirieron la infección este año. Además, durante el 2006 se produjeron más de dos millones de muertes atribuidas a causas relacionadas con el VIH/SIDA, lo que eleva el número acumulado de fallecidos a 20 millones. (32)

Las cifras de prevalencia del 2007 son significativamente menores que las de años anteriores. En el 2006, ONUSIDA y la OMS estimaron que había algo menos de 40 millones de personas con VIH en el mundo, una cifra que también era menor que la estimación del 2005. La diferencia entre los datos del 2007 y los de 2006 se atribuye en gran medida a la mejora de los esfuerzos para monitorizar la epidemia y a la implementación de mejores herramientas para establecer los modelos, que se emplean para extrapolar los datos disponibles de los sistemas de



vigilancia del VIH y generar estimaciones de prevalencia regionales. (12)

## **Situación Epidemiológica de las ITS y VIH-SIDA en el Ecuador**

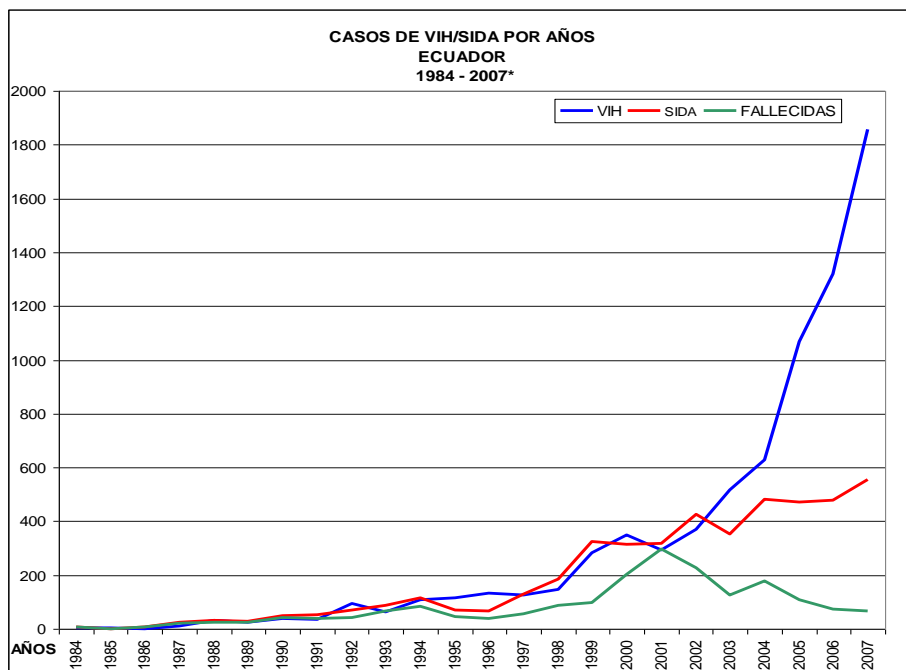
Muy frecuentemente hay un sub-registro de las enfermedades de transmisión sexual. No obstante, en los cuadros se muestran los índices de sífilis y los casos de herpes genital que llegan a las estadísticas de salud en el país.

El primer caso de SIDA en el Ecuador se notificó en 1984, desde entonces el número se ha incrementado considerablemente. El total de casos de personas infectadas reportadas hasta diciembre del 2007 es de 12.246, de los cuales 4.640 presentaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y han fallecido 1.947 según registros médicos. (9)

En el 2007, la prevalencia en embarazadas fue de 0,10% (tasa de prevalencia estimada por esfuerzo de tamizaje) y la sero-reactividad para primera prueba es de 0,98% en donantes de sangre para el 2006. En orden de prioridad los



grupos de más alta sero-reactividad para primera prueba son: los hombres que tienen sexo con hombres (19,2%), trabajadoras sexuales (3,7%), Policía (2,9%).



**Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.**

Todavía en el Ecuador hay un predominio de la infección en hombres. Sin embargo, del 2002 al 2007 la razón hombre/mujer en personas con VIH avanzado (SIDA), bajó, de 5.01 a 2.96 debido probablemente al incremento de tamizaje en gestantes.



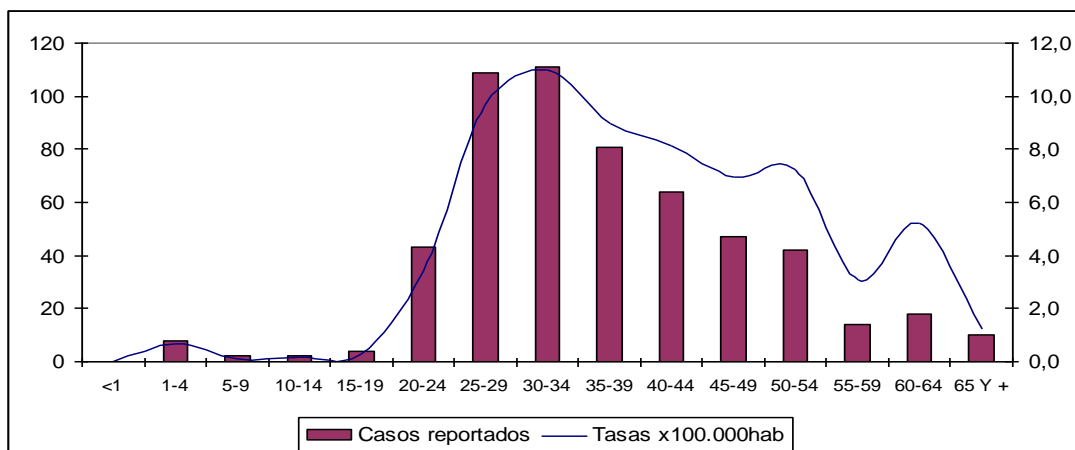
## **Distribución de casos de SIDA por grupos de edad**

Resultan preocupantes las cifras de la “Organización Mundial de la Salud” (OMS) sobre la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA en los adolescentes y jóvenes entre los 15 - 24 años que constituyen la mitad de los 5.000.000 de nuevos casos que cada año se suman en todo el mundo.

En nuestro país en el año 2007, los grupos de edad más afectados son los comprendidos entre 20 y 44 años de edad, registrándose un porcentaje de 81.4%, tendencia que se mantiene desde el 2004. Para el año 2007, el mayor número de niños afectados por SIDA se encuentra entre niños de 1 y 4 años, mientras que en el grupo de 5 a 14 años se producen los fallecimientos. Desde noviembre del 2007, en el primer grupo de edad, el diagnóstico se lo realiza por medio de Carga Viral DNA a las 4 y 6 semanas. Antes, se debía esperar a que el niño cumpliera 18 meses para realizarle una prueba convencional y evaluar seroconversión (Elisa). (8)



## Casos reportados de SIDA y tasas por 100.000 habitantes según grupos de edad. Ecuador 2007



**Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.**

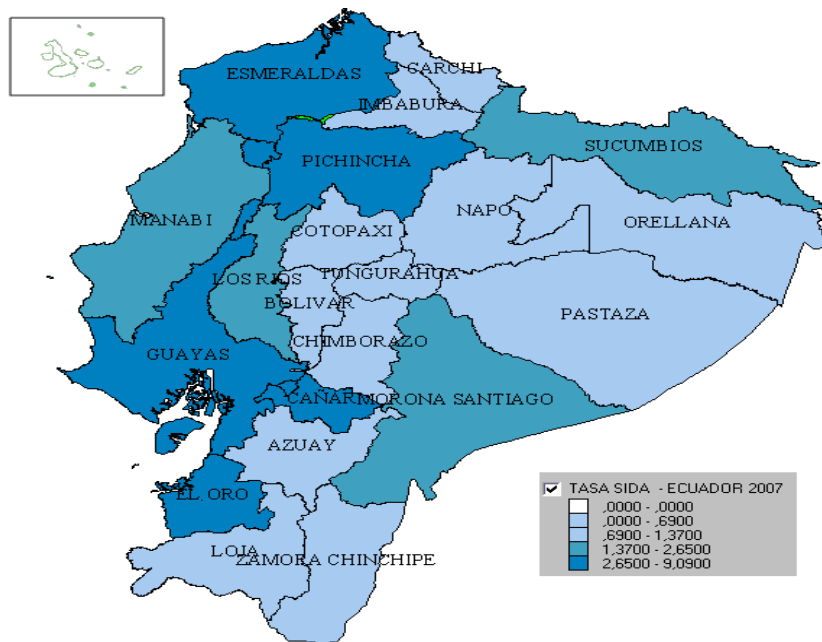
### Distribución geográfica de casos de SIDA

En el año 2007, se registraron 1.858 casos de VIH y 555 casos de SIDA. La Provincia del Guayas tuvo 1.360 casos y Pichincha 423 casos de VIH/SIDA, siendo éstas las provincias de mayor notificación en el país. (13)



## Distribución tasas de SIDA por provincias. Ecuador

### 2007



Fuente: Programa Nacional de SIDA. Ministerio de Salud Pública. Ecuador.

## 2.2 INFECCIONES DE TRASMISSION SEXUAL

### 2.2.1 Herpes Genital

El herpes genital es una infección de transmisión sexual causada por virus, que se caracteriza por episodios repetidos que se desarrollan con una erupción de



pequeñas ampollas, generalmente dolorosas, sobre los genitales.

Casi siempre la transmisión se produce por el coito durante períodos de diseminación asintomática. El VHS-2 (Virus del Herpes Simple tipo 2) es la causa más frecuente de herpes genital, pero el VHS-1 (Virus del Herpes Simple tipo 1) puede explicar hasta un 20% de las infecciones. (14)

### Clínica

El período de incubación del herpes genital oscila entre 2 – 20 días con un promedio de 7 – 10 días después de la exposición, las lesiones surgen como múltiples vesículas pequeñas, dolorosas y agrupadas sobre una base eritematosa. Esas vesículas se erosionan en el transcurso de varios días formándose ulceraciones; con frecuencia aparece edema de los genitales externos y adenopatía inguinal muy hipersensible. Sin ningún tratamiento, la gravedad de las ulceraciones alcanza un máximo a los 10 o 12 días y cicatrizan en unas 3 o 4 semanas. (15)



### Diagnóstico

- a) La clínica antes mencionada, es sugestiva de la enfermedad.
- b) Puede confirmarse mediante un frotis de Tzanck a partir de una vesícula no rota.
- c) Cultivo viral.
- d) Reacción en cadena de la polimerasa para buscar DNA viral.

### Tratamiento

El tratamiento de la primoinfección consiste en: Aciclovir o Famciclovir, en cuanto al tratamiento tópico del herpes genital, éste va encaminado a evitar la irritación y la maceración por lo que no se recomienda la utilización de antivirales tópicos ni la aplicación de productos grasos. Realizar tratamientos anticongestivos a modo de compresas o baños de sulfato de Zinc muy diluido y realizar una cobertura antibiótica con cremas de ácido fusídico o gentamicina por ejemplo. (14)



### **2.2.2 Sífilis**

El agente causal es la espiroqueta *Treponema Pallidum*. La transmisión ocurre en la mayoría de las ocasiones por actividad sexual con una pareja que se encuentra en las etapas más tempranas de la enfermedad, las etapas tardías se relacionan con un riesgo mínimo de transmisión. La sífilis primaria se presenta como una ulceración genital mientras que la sífilis secundaria y terciaria son formas diseminadas de la enfermedad presentándose como manifestaciones sistémicas. (16)

#### *Clínica*

La lesión primaria o chancro, empieza en el sitio de inoculación después de un período de incubación que oscila entre 9 y 90 días con un promedio de unas 3 semanas. Aparece una pequeña mácula roja que evoluciona con rapidez hacia una pápula indolora y ulcerada. Esta úlcera típicamente es solitaria, pequeña y muestra una base limpia y brillante, sus bordes son netos y se encuentran elevados e indurados. Al cabo de una semana aparece una adenopatía regional no hipersensible



(ganglio centinela) de consistencia gomosa y a menudo bilateral.

Sin tratamiento el chancro se resuelve en 3 a 8 semanas. Alrededor del 50% de los casos de sífilis primaria no tratada progresará hacia enfermedad secundaria y el otro 50 % entrará en fase de latencia. (16)

### Diagnóstico

- a) Sospecha clínica y en la detección del microorganismo causal dentro de la úlcera.
- b) Las pruebas serológicas pueden no hacerse reactivas hasta 2 semanas después del inicio del chancro. Por el contrario, un estudio serológico positivo puede reflejar una infección sifilítica previa.

### Tratamiento

En la sífilis primaria, secundaria o latente temprana: dosis única de Penicilina Benzatinica 2.4 millones de unidades IM. Si existe alergia a penicilinas: Doxiciclina, Tetraciclina o Eritromicina.



En embarazadas no se puede utilizar tetraciclinas ni Eritromicina por lo que se debe intentar desensibilizaciones. Deben practicarse serologías de mantenimiento a los meses 1, 3, 6 y 12 después del tratamiento. (16)

### **2.2.3 Gonorrea**

El agente causal es la *Neisseria Gonorrhoeae*. La vía de transmisión más habitual es la sexual pero también se describen casos por transmisión durante el parto (conjuntivitis gonocócica). (17)

#### Clínica

*INFECCIÓN GENITAL:* la uretritis es la forma de infección más frecuente en el varón, presentando, de 2 a 8 días después del contagio sensación de picor y escozor en meato urinario, disuria y polaquiuria, seguido de una secreción uretral serosa al inicio que posteriormente se vuelve amarillo-verdosa.

En la mujer se puede presentar un cuadro de uretritis o endocervicitis de síntomas inespecíficos, con descarga



vaginal, polaquiuria, disuria, etc, aunque en la mayor parte de los casos en mujeres son asintomáticas. (17)

*INFECCIÓN ANORRECTAL:* Se aprecia en varones homosexuales y también en mujeres ya sea por autoinfección o por la práctica de relaciones sexuales anales. Frecuentemente es una infección asintomática que puede presentarse en forma de prurito anal, tenesmo rectal y secreción de exudado purulento y en ocasiones pesadez y dolor irradiado a pelvis y periné. (17)

*INFECCIÓN OROFARÍNGEA:* generalmente asintomática. Puede cursar con enrojecimiento faríngeo y discretas molestias localizadas.

*INFECCIÓN DISEMINADA:* se da hasta en un 30 % de los pacientes y es consecuencia de la diseminación gonocócica desde un foco primario mal tratado o asintomático. La septicemia gonocócica cursa con fiebre, malestar general, artralgias migratorias, y lesiones cutáneas como petequias, pápulas o pústulas hemorrágicas. Después surge una afección visceral siendo



las articulaciones, endocardio y meninges las más frecuentes.

*INFECCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS:* después de 3 a 5 días del nacimiento se presenta edema de párpados con abundante secreción amarillo-verdosa espesa y conjuntivitis. (17)

### Diagnóstico

- a) Visualización de diplococos gramnegativos intraleucocitarios en frotis de exudado uretral después de la tinción de Gram.
- b) Cultivo de Thayer – Martin.
- c) En una infección diseminada los hemocultivos pueden ser positivos hasta en un 40% de los casos y los cultivos de líquido articular en un 20%.

### Tratamiento

*Infección gonocócica no complicada:* Ceftriaxona 125 mg I.M. dosis única. Otras pautas son: Cefixima, Ciprofloxacino, Ofloxacino o Azitromicina (17)





#### **2.2.4 Tricomoniasis**

La Tricomoniasis es la ITS curable que afecta con más frecuencia a mujeres jóvenes sexualmente activas. Es causada por el parásito protozoario unicelular *Trichomonas vaginalis*. La vagina es el sitio más común donde ocurre la infección en las mujeres mientras que en los hombres es en la uretra.

El parásito se transmite a través de las relaciones sexuales con una pareja infectada ya sea por el contacto entre el pene y la vagina o por el contacto de vulva a vulva. Las mujeres pueden contraer esta enfermedad de un hombre o de una mujer que tiene la infección pero los hombres suelen contraerla solamente por el contacto con mujeres infectadas. (18)

#### **Clínica**

La mayoría de los hombres con tricomoniasis no presentan signos ni síntomas, pero algunos pueden tener una irritación temporal dentro del pene, una secreción leve o un poco de ardor después de orinar o eyacular.

Algunas mujeres tienen síntomas o signos de la infección que incluyen un flujo vaginal espumoso, amarillo verdoso y



con un fuerte olor. La infección también puede causar molestias durante la relación sexual o al orinar, así como irritación y picazón en el área genital de la mujer.

En casos muy inusuales puede haber dolor en la parte baja del vientre. Los síntomas en las mujeres suelen aparecer de 5 a 28 días después de la exposición a la infección.

La inflamación genital que produce la tricomoniasis puede aumentar la susceptibilidad de una mujer a contraer la infección por el VIH, si queda expuesta a este virus. La probabilidad de que una mujer con VIH pase el virus a su pareja sexual aumenta si tiene tricomoniasis. (18)

### Diagnóstico

- Mujeres: un examen pélvico revela ronchas rojas en la pared vaginal o cuello uterino y una preparación en fresco muestra los organismos causantes de la infección en los flujos vaginales.
- Hombres: La enfermedad puede ser difícil de diagnosticar. Los hombres se tratan si la infección se diagnostica en cualquiera de las compañeras sexuales. Los hombres también se pueden tratar si presentan síntomas continuos de ardor o picazón en



la uretra a pesar del tratamiento para gonorrea y clamidia. (18)

### Tratamiento

El antibiótico Metronidazol es el más comúnmente usado para curar la infección. Es importante no consumir bebidas alcohólicas mientras se está tomando este medicamento y hasta 48 horas después de haber terminado los antibióticos. De igual manera, se deben evitar las relaciones sexuales hasta terminar el tratamiento. Las parejas sexuales deben recibir tratamiento al mismo tiempo, incluso si no presentan síntomas. (18)

#### **2.2.5 Condiloma**

El Condiloma acuminado es una enfermedad vírica de la piel caracterizada por el crecimiento de una verruga blanda en los genitales o en la región anal. En los adultos, el trastorno se considera una enfermedad de transmisión sexual, pero en niños el virus aparece o se transmite con o sin el contacto sexual.

Los Condiloma son ocasionados por el virus de papiloma humano (VPH). La infección por VPH es muy frecuente, aunque la mayoría de personas afectadas no tiene



síntomas. Entre los factores de riesgo de las verrugas genitales se incluyen las parejas sexuales múltiples, parejas de desconocidos, mal uso del preservativo, y el inicio temprano de la actividad sexual. En niños, aunque el virus puede transmitirse no sexualmente, la presencia de Condiloma debería despertar sospechas de abuso sexual.  
(19)

### Clínica

- Aparición de tumores sobre los genitales de aspecto verrugoso que han aumentado.
- Lesiones genitales superficiales de aspecto coloreado que han aumentado.
- Úlceras genitales.
- Verrugas anales.
- Crecimientos anormales alrededor del ano o zona genital femenina con forma de coliflor.
- Aumento de humedad en el área de los crecimientos.
- Picor del pene, escroto, área anal, o vulva.
- Aumento de la descarga vaginal.
- Sangrado vaginal anormal (no asociado con el periodo menstrual) después del acto sexual.



### Diagnóstico

Un examen genital da a conocer lesiones en cualquier parte de los órganos genitales externos. En las mujeres, un examen pélvico puede dar a conocer crecimientos sobre las paredes vaginales o en el cuello del útero. El tejido de la vagina y del cuello del útero puede tratarse con ácido acético para hacer que las verrugas se hagan visibles.

Pruebas adicionales para mujeres: un Papanicolau para ver posibles cambios asociados con el VPH. Una colposcopia para ver lesiones genitales externas o internas que son invisibles a simple vista. (19)

### Tratamiento

- ✓ Tratamientos tópicos para erradicar las lesiones incluyen: ácido tricloroacético y nitrógeno líquido.
- ✓ Tratamientos quirúrgicos incluyen: crioterapia, electrocauterización, terapia con láser, o escisión quirúrgica.
- ✓ Abstinencia o uso de preservativos hasta la completa desaparición de la enfermedad.
- ✓ Control a las pocas semanas de terminar el tratamiento. Después es suficiente con un auto-



examen a no ser que empiecen a aparecer verrugas otra vez.

- ✓ Papanicolau por lo menos cada 6 meses (las mujeres afectadas lo harán después de 3 meses de iniciado el tratamiento).(19)

### **2.2.6 Clamidiasis**

Es causada por la Chlamydia Trachomatis, una bacteria intracelular Gram negativa. Se considera que la infección se puede producir entre 7 a 21 días posteriores al contacto sexual con una persona infectada.(20)

#### Clínica

La Clamidiasis es asintomática en la mayoría de casos; sin embargo, son dos los cuadros clínicos más frecuentes asociados a la infección por esta bacteria, tanto en el hombre como en la mujer:

- Uretritis no gonocócica
- Cervicovaginitis por Chlamydia



### Tratamiento

Una vez detectada la infección el tratamiento se realiza con antibióticos indicados por vía oral, pueden consistir en Azitromicina en una sola dosis o Doxiciclina en tres dosis diarias durante una semana o dos. (20)

#### **2.2.7 VIH-SIDA**

El SIDA es causado por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El VIH ataca al sistema inmunológico del cuerpo, principalmente a los glóbulos blancos (los linfocitos T). (21)

Cuando las personas con VIH contraen enfermedades serias, se dice que tienen SIDA. No todas las personas con VIH contraen el SIDA. El SIDA es la última etapa de la infección por VIH. Las personas con SIDA pueden morir de infecciones oportunistas, tanto bacterianas, virales, parasitarias y por hongos.

El riesgo de contraer VIH/SIDA se puede dar

1. A través de líquidos sexuales infectados



2. A través de sangre infectada o productos de sangre infectados
3. De la madre infectada a su bebé durante el embarazo y el parto

### Síntomas

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Pérdida de peso
- Cansancio extremo
- Diarrea por más de 1 mes
- Ganglios inflamados
- Cansancio
- Coyunturas y músculos doloridos
- Dolor de garganta

Sin embargo, la mayoría de las personas con VIH no tiene síntomas por años.

El VIH-SIDA se diagnostica con un simple análisis de sangre, llamado prueba de anticuerpos contra el VIH,

Actualmente no hay ninguna cura para la infección por VIH o el SIDA. El virus se queda en el cuerpo por el





resto de la vida. Los investigadores están intentando encontrar una droga para curar el VIH/SIDA. Se han creado muchas drogas que ayudan a tratar el VIH/SIDA, pero no lo curan. Se recomienda ciertas medidas para retrasar el progreso del VIH como seguir una dieta saludable, hacer ejercicio y reducir el estrés. (21)

## **2.2.8. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

- Conocer a sus compañeros sexuales y limitar su número. El historial sexual de su compañero es tan importante como el suyo. Mientras más compañeros tengan usted o sus compañeros, mayor será su riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual. (22,23)
- Usar condones (profilácticos) de látex, cada vez que tenga relaciones sexuales vaginales, orales o anales reduce las probabilidades de contraer una infección. (24)
- Evitar las prácticas sexuales arriesgadas, los actos sexuales que desgarran o quiebran la piel conllevan un riesgo mayor de contraer una enfermedad de transmisión sexual. El sexo por el ano presenta un



riesgo mayor porque los tejidos del recto se desgarran fácilmente.(25)

- Si usted piensa que tiene una enfermedad de transmisión sexual, busque atención médica para evitar problemas de salud a largo plazo (25).

## 2.3 LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Existen dos grandes paradigmas en la sicología del aprendizaje

**El conductismo que tiene como representantes a: Watson, Thorndike, Skinner, Pavlov, Tolman.**

**Thorndike** describe tres leyes en el aprendizaje: Del efecto, de ejercicio y de sin lectura que se basan en el estímulo y respuesta. (26)

**Watson** ubica a la psicología con el carácter de las ciencias naturales, se observa la influencia del positivismo de Augusto Comte.

**Skinner** en su teoría tiene como fundamento que la conducta es guiada por refuerzos primarios y secundarios.

**Tolman** acuñó el término de variables internas, el nexo entre estímulo y respuesta quedaba interrumpido por planos cognoscitivos no observables en la conducta del



individuo, introdujo el término de aprendizaje latente que se reflejaba en la acción (26)

**Pavlov** formula el reflejo condicionado.

**El Cognitivismo tiene a: Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky como sus máximos exponentes.**

Para **Piaget** la capacidad cognitiva y la inteligencia se encuentran estrechamente ligadas al medio social y físico.

**Ausubel** de acuerdo al aprendizaje significativo, refiere que los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del estudiante. Esto se logra cuando el estudiante relaciona los nuevos conocimientos con los anteriormente adquiridos, pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando. (27)

**Vigotsky** consideraba que el medio social es crucial para el aprendizaje, pensaba que lo produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus



objetos culturales (autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno. (27)

Las teorías de **Bruner** tienen como punto de referencia a Vigotsky y Piaget; el punto de unión más fuerte entre la teoría de Vigotski y la de Bruner, es que, para ambos, la interacción y el diálogo son puntos claves en su teoría.



## TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

	Modelo Conductista	Modelo Cognitivista
	Watson, Skinner, Thordnike, Pavlov, Tolman	Piaget, Bruner, Ausubel, Vigotsky
Objeto de Estudio	La conducta observable	Representaciones mentales (mapas cognitivos, estrategias)
Relación epistemológica		
Características del Sujeto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada individuo nace con la mente vacía en el cual se imprimen los datos de la realidad.</li> <li>• Es pasivo y reactivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posee estructuras previas que le permiten conocer</li> <li>• Es activo y productor.</li> </ul>
Conocimiento	Copia de la realidad	El sujeto construye su propio conocimiento.
Protagonismo	Hay un protagonismo del ambiente (Objeto)	El Sujeto es protagonista del proceso de conocimiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoya en el Empirismo.</li> <li>• Anticonstructivista</li> <li>• Asociacionista</li> <li>• Todas las conductas humanas se explican en términos de asociaciones de elementos simples.</li> <li>• Ambientalista: protagonismo en el objeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apoya en el Racionalismo.</li> <li>• Se tomó como modelo de análisis de la mente a la Cibernética o "metáfora del ordenador": La mente recibe, organiza y almacena información de una forma análoga a a una computadora.</li> <li>• Es constructivista.</li> </ul>

**Teoría cognoscitivo-social de Albert Bandura**  
 Componentes en prevención  
 (1) cognitivo  
 (2) conductual  
 (3) fortalecimiento de la autoeficacia, y (4) el apoyo social.



### 2.3.1. Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura

El aprendizaje es descrito como un proceso social influenciado por la interacción con otras personas. En la teoría social cognitiva el ambiente social y físico influye en la formación y reforzamiento de las creencias que son determinantes de la conducta. (28)

Los conductistas consideran que el ambiente moldea al niño, pero los teóricos del aprendizaje social afirman que el niño también actúa sobre el ambiente.

Los procesos cognitivos se ponen en funcionamiento a medida que las personas observan los modelos, aprenden "segmentos" de comportamientos y luego los ponen juntos en nuevos y complejos patrones. Los factores cognitivos afectan la manera como una persona incorpora las conductas observadas. La teoría del aprendizaje social sirve de puente entre el conductismo y la perspectiva.

Esta teoría se basa en superar las barreras, en observar a nuestro alrededor, observar nuestra sociedad y cambiarla. Un cambio en alguno de estos tres componentes- conductual, físico o social, influencia en los otros dos. La auto-eficacia, un componente esencial de la teoría, es que la persona crea sentirse capaz de poner en práctica la



nueva conducta cuando se presente la ocasión, así, las personas pueden autorregular su conducta; entonces un fundamento básico de la teoría es la del autocontrol. (28)

El enfoque de la reciprocidad tríadica de Bandura: en la cual la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. De esta manera, en la perspectiva cognitiva social, no se considera al ser humano gobernado por fuerzas internas ni controlado por estímulos externos sino que se considera el funcionamiento humano en términos del modelo de reciprocidad tríadica.

Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA: sugiere que para poder cambiar la conducta uno debería reconocerla como tal, luego comprometerse a reducir este tipo de conducta, y finalmente tomar acción para llevar a cabo el cambio deseado. (28)

Los factores que influyen en el movimiento entre las etapas incluyen el temor la ansiedad y las normas sociales.

Bandura establece que existen ciertos pasos envueltos en el proceso de modelado:



**1. Atención.** Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. De la misma manera, todo aquello que suponga un freno a la atención, resultará en un detrimento del aprendizaje, incluyendo el aprendizaje por observación.

Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestamos más atención. Si el modelo es atractivo o prestigioso o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención. (28)

**2. Retención.** Debemos ser capaces de retener (recordar) aquello a lo que le hemos prestado atención. Aquí es donde la imaginación y el lenguaje entran en juego, guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez “archivados”, podemos hacer resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento.

**3. Reproducción.** En este punto, estamos ahí soñando despiertos. Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que





debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento. Es importante con respecto a la reproducción que nuestra habilidad para imitar mejore con la práctica de los comportamientos envueltos en la tarea. (28)

**4. Motivación.** Aún con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo.

Como la mayoría de los conductistas clásicos, Bandura dice que el castigo en sus diferentes formas no funciona tan bien como el refuerzo y, de hecho, tiene la tendencia a volverse contra nosotros. (28)

### **Autorregulación**

La autorregulación (controlar nuestro propio comportamiento) es la otra piedra angular de la personalidad humana. En este caso, Bandura sugiere tres pasos:

**1. Auto-observación.** Nos vemos a nosotros mismos, nuestro comportamiento y cogemos pistas de ello.

**2. Juicio.** Comparamos lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, podemos comparar nuestros actos con otros



tradicionalmente establecidos, tales como “reglas de etiqueta”. O podemos crear algunos nuevos, como “leeré un libro a la semana”. O podemos competir con otros nosotros mismos. (29)

**3. Auto-respuesta.** Si hemos salido bien en la comparación con nuestro estándar, nos damos respuestas de recompensa a nosotros mismos. Si no salimos bien parados, nos daremos auto-respuestas de castigo. Estas auto-respuestas pueden ir desde el extremo más obvio (decirnos algo malo o trabajar hasta tarde), hasta el otro más encubierto (sentimientos de orgullo o vergüenza).

Un concepto muy importante en psicología que podría entenderse bien con la autorregulación es el auto-concepto (mejor conocido como autoestima). Si a través de los años vemos que hemos actuado más o menos de acuerdo con nuestros estándares y hemos tenido una vida llena de recompensas y alabanzas personales, tendremos un auto-concepto agradable (autoestima alta). Si, de lo contrario, nos hemos visto siempre como incapaces de alcanzar nuestros estándares y castigándonos por ello, tendremos un pobre auto-concepto (autoestima baja) (29)



Notemos que los conductistas generalmente consideran el refuerzo como efectivo y al castigo como algo lleno de problemas. Lo mismo ocurre con el auto-castigo. Bandura ve tres resultados posibles del excesivo auto-castigo:

**Compensación.** Por ejemplo, un complejo de superioridad y delirios de grandeza.

**Inactividad.** Apatía, aburrimiento, depresión.

**Escape.** Drogas y alcohol, fantasías televisivas o incluso el escape más radical, el suicidio.

Las recomendaciones de Bandura para las personas que sufren de auto-conceptos pobres surgen directamente de los tres pasos de la autorregulación:

**Concernientes a la auto-observación.** ¡Conócete a ti mismo! Asegúrate de que tienes una imagen precisa de tu comportamiento.

**Concernientes a los estándares.** Asegúrate de que tus estándares no están situados demasiado alto. No nos embarquemos en una ruta hacia el fracaso. Sin embargo, los estándares demasiado bajos carecen de sentido.

**Concernientes a la auto-respuesta.** Utiliza recompensas personales, no auto-castigos. Celebra tus victorias, no lidies con tus fallos. (29)



### 2.3.2. Teoría de Vigotsky

El medio social es crucial para el aprendizaje, lo que produce la integración de los factores social y personal. El fenómeno de la actividad social ayuda a explicar los cambios en la conciencia y fundamenta una teoría psicológica que unifica el comportamiento y la mente. El entorno social influye en la cognición por medio de sus "instrumentos", es decir, sus objetos culturales ( autos, máquinas) y su lenguaje e instituciones sociales (iglesias, escuelas). El cambio cognoscitivo es el resultado de utilizar los instrumentos culturales en las interrelaciones sociales y de internalizarlas y transformarlas mentalmente. La postura de Vigotsky es un ejemplo del constructivismo dialéctico, porque recalca la interacción de los individuos y su entorno. (27)

Además considera, el aprendizaje, como uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo. “La mejor enseñanza es la que se adelanta al desarrollo”. La interacción social se convierte en el motor del desarrollo. Introduce además el concepto de “zona de desarrollo próximo” que es la distancia entre el nivel real de desarrollo y el nivel de desarrollo potencial. Para determinar este concepto hay que tener presentes dos aspectos: la



importancia del contexto social y la capacidad de imitación. Aprendizaje y desarrollo son dos procesos que interactúan. El aprendizaje se produce más fácilmente en situaciones colectivas.

La teoría habla también como el ser humano ya trae consigo un código genético o “Línea natural del desarrollo” también llamado código cerrado, la cual está en función de aprendizaje, en el momento que el individuo interactúa con el medio ambiente.

No podemos decir que el individuo se constituye de un aislamiento. Más bien de una interacción, donde influyen mediadores que guían al individuo a desarrollar sus capacidades cognitivas. (27)

### **Interacción entre aprendizaje y desarrollo**

Vigotsky sistematiza en tres, las posiciones teóricas respecto al aprendizaje y el desarrollo. Estas son:

**1. Cuando los procesos de desarrollo del niño son independientes del aprendizaje:** El aprendizaje se considera como un proceso puramente externo que no está complicado de modo activo en el desarrollo. Simplemente utiliza los logros del desarrollo en lugar de proporcionar un incentivo para modificar el curso del mismo. El desarrollo o



maduración se considera como una condición previa del aprendizaje pero nunca como el resultado del mismo.

**2. Cuando el aprendizaje es desarrollo:** Teorías como las basadas en el concepto del reflejo, esto es una reducción del proceso de aprendizaje a la formación de hábitos, identificándolos con el desarrollo. (27)

**3. Cuando el desarrollo se basa en dos procesos distintos pero relacionados entre sí:** Por un lado está la maduración, que depende directamente del desarrollo del sistema nervioso y por otro lado el aprendizaje, que a su vez, es también un proceso evolutivo. El proceso de aprendizaje estimula y hace avanzar el proceso de maduración.

El punto nuevo y más notable de esta teoría, según la perspectiva de Vigotsky es que se le atribuye un extenso papel al aprendizaje dentro del desarrollo del niño. (27)

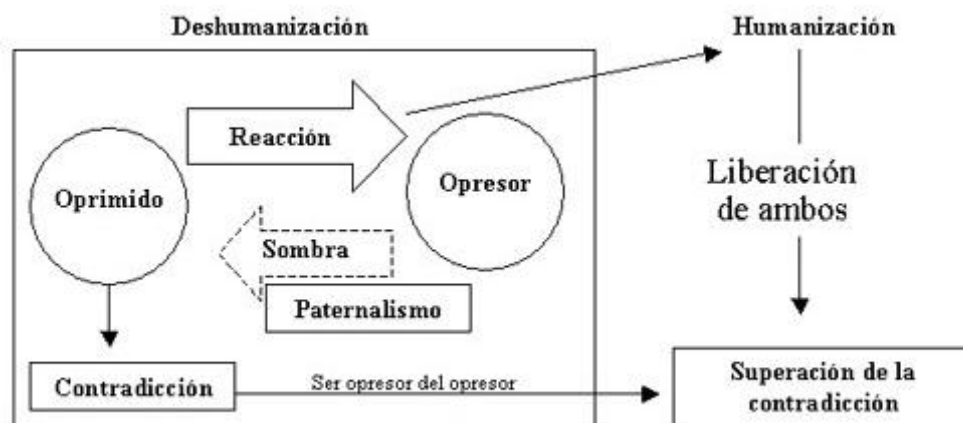
### **2.3.3. Teoría de Paulo Freire.**

A menudo se señala a Freire como entre los últimos pedagogos que han analizado la problemática educativa desde un punto de vista integral.



La propuesta de Paulo Freire se alinea en la crítica ideológica al sistema capitalista y establece las bases para una educación al servicio de la liberación revolucionaria.  
(30)

*Freire señala la "deshumanización" como consecuencia de la opresión. Esta, afecta no solamente a los oprimidos sino también a aquellos que oprimen.*

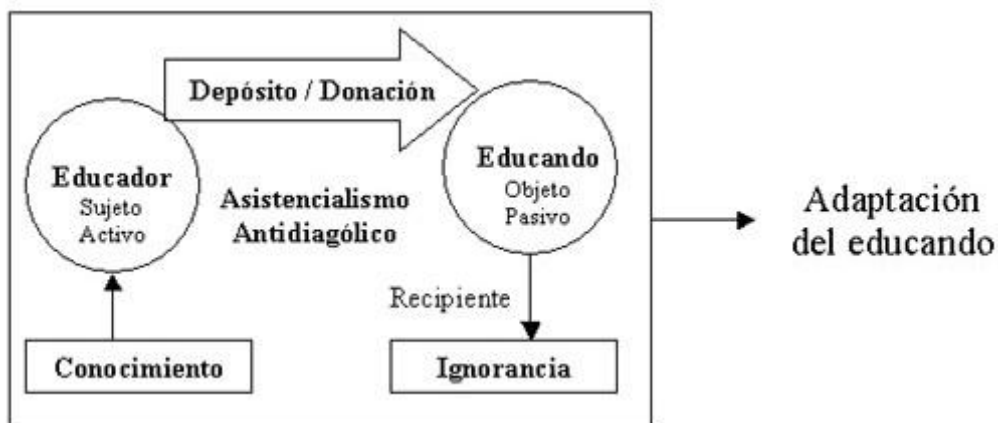


La violencia ejercida por los opresores, tarde o temprano, genera alguna reacción por parte de los oprimidos, y estos, generalmente anhelan convertirse en opresores de sus ex - opresores. Sin embargo, los oprimidos tienen para sí el desafío de transformarse en los restauradores de la libertad de ambos.



Los oprimidos son descritos por Freire como seres duales que, de algún modo "idealizan" al opresor. Se trata pues, de una contradicción: en vez de la liberación, lo que prevalece es la identificación con el contrario: es la sombra testimonial del antiguo opresor. Ellos temen a la libertad porque ésta les exigirá ser autónomos y expulsar de sí mismos la sombra de los opresores. De esta forma, debería nacer un hombre nuevo que supere la contradicción: ni opresor ni oprimido, un hombre liberándose. (30)

En la educación bancaria la contradicción es mantenida y estimulada ya que no existe liberación superadora posible. El educando, sólo un objeto en el proceso, padece pasivamente la acción de su educador.



En la concepción bancaria, el sujeto de la educación es el educador el cual conduce al educando en la memorización





mecánica de los contenidos. Los educandos son así una suerte de "recipientes" en los que se "deposita" el saber.

El educador no se comunica sino que realiza depósitos que los discípulos aceptan dócilmente. El único margen de acción posible para los estudiantes es el de archivar los conocimientos.

El saber, es entonces una donación. Los que poseen el conocimiento se lo dan a aquellos que son considerados ignorantes. La ignorancia es absolutizada como consecuencia de la ideología de la opresión, por lo cual es el otro el que siempre es el poseedor de la ignorancia.

De este modo, a mayor pasividad, con mayor facilidad los oprimidos se adaptarán al mundo y más lejos estarán de transformar la realidad. (30)

Freire señala sin embargo, que incluso una educación bancaria puede despertar la reacción de los oprimidos, porque, aunque oculta, el conocimiento acumulado en los "depósitos" pone en evidencia las contradicciones. No obstante, un educador humanista revolucionario no debería confiarse de esta posibilidad sino identificarse con los educandos y orientarse a la liberación de ambos.



Pero tanto el educador como los educandos, así como también los líderes y las masas, se encuentran involucrados en una tarea en la que ambos deberían ser sujetos. Y no se trata tan solo de descubrir y comprender críticamente sino también de recrear el conocimiento. De esta manera, la presencia de los oprimidos en la búsqueda de su liberación deberá entenderse como compromiso. (30)

### **¿Las intervenciones educativas modifican las conductas?**

Los estudios considerados de mayor calidad (en evaluación e intervención), se consideran si son de cuatro o más sesiones, muestras grandes y largos períodos de seguimiento para conseguir cambios en la conducta.

Las actitudes también se modifican con las intervenciones, aunque de forma menos intensa que los conocimientos y a veces de forma selectiva en sub-poblaciones. Las intervenciones basadas en modelos teóricos comportamentales modifican mejor las actitudes que las que no los mencionan siquiera; cambio de actitudes también parece relacionarse positivamente con el número de sesiones (31)



La intención de conducta y la auto-eficacia se revelan buenas herramientas para la evaluación de resultados. Un tamaño muestral superior a 500 individuos la disponibilidad de datos pre y post intervención, la existencia de grupo control, la equivalencia de grupos, la asignación aleatoria o control en el análisis, el tiempo entre la medida pre y la post-intervención de tres meses o más, la utilización de un modelo teórico de conducta y el número de sesiones superior a cuatro; aseguran la máxima calidad del estudio, cuando éste se refiere a prácticas. (31)

### **Calidad de la intervención para prevención del VIH/SIDA**

Los estudios de calidad alta son aquellos que en la intervención cuentan con el respaldo de una teoría de cambio conductual y un mínimo de cuatro sesiones, si cumplen un criterio se asegura una mejor calidad y si no cumple ninguno, será de baja calidad.

Las intervenciones deben dar mensajes claros y constantes de cambios de conducta y debe medirse las intenciones de conducta; lo que se facilita a través de la escala de auto-eficacia.



Además las intervenciones son de mayor calidad si son dictadas por una persona con experiencia en el campo educativo de prevención, si se cuenta con material de apoyo, si la intervención es interactiva y si la permanencia en el aula es superior a 30 minutos. (31)

Un estudio realizado en Brasil detectó y analizó los obstáculos y dificultades para llevar a cabo consistentemente prácticas de sexo seguro entre jóvenes, como parte de la evaluación de un taller sobre sexualidad y SIDA en una escuela nocturna de Sao Paulo. A través de la construcción y actuación colectiva de “escenas sexuales”, que eran historias reales sobre relaciones sexuales aportadas por los participantes, se hizo evidente que la desigualdad de género es un elemento clave en la imposibilidad de negociar prácticas de sexo seguro. Asimismo, en las condiciones materiales que estructuran las oportunidades de tener relaciones sexuales, como son los encuentros apresurados y clandestinos en lugares públicos y el costo de cada condón (aproximadamente un dólar), el SIDA fue mencionado como uno más de los riesgos que los jóvenes corren cotidianamente. Por otro lado, la descripción que los jóvenes hicieron de los servicios de salud fue sumamente negativa, de modo que



no acudían a ellos por temor al estigma, el maltrato y la burla. La evaluación de la “escena sexual” arroja datos positivos como un método que fomenta la conciencia entre algunos grupos sociales, y como medio para que enfrenten y cuestionen las barreras personales y estructurales con las que chocan cuando deciden tener prácticas de sexo seguro.

La importancia de otros costos sociales por encima del temor a la infección por VIH fue documentada también por un estudio cualitativo realizado con jóvenes de Sri Lanka, quienes mostraron mayor preocupación por la pérdida de la virginidad, de posibilidades de matrimonio, por el embarazo y la pérdida de la reputación frente a la familia, que frente al riesgo de infección por VIH, a pesar de tener suficientes conocimientos al respecto. (31)

Estas normas culturales parecen haber protegido relativamente a los jóvenes de Sri Lanka pues parecen favorecer actividades no penetrativas vaginales, pero hay evidencias de comportamientos de riesgo que no desafían estos cánones morales como el sexo anal, la utilización de sexo comercial, sexo entre hombres y penetración parcial del pene en la vagina. En todo caso, los tres estudios



insisten en la necesidad de que las intervenciones preventivas sean más abarcativas que, el sólo trabajo sobre VIH/SIDA, pues las conductas de riesgo de las poblaciones vulnerables se inscriben en contextos más amplios que las determinan.

Los modelos de información, educación y comunicación difunden y hacen del conocimiento de la población la existencia y los mecanismos de transmisión del VIH, pero en general no han resultado en un cambio de comportamientos de riesgo, pues no existe una relación unilateral entre conocimiento, creencias y conductas. En una revisión de las estrategias de prevención y control del SIDA en México, Sepúlveda se afirma que “las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas”. Asimismo, los autores aseguran que “es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar”. Estos aspectos profundos implican la comprensión de los contextos de la sexualidad, a nivel emocional, social, cultural y económico.

(31)



**Las encuestas CAPs** (Conocimientos, actitudes y prácticas) por si solas permiten:

- Establecer un sistema de alerta temprana que advierte los peligros emergentes o cambios en los comportamientos de riesgo.
- Revelar las lagunas en la información y los conocimientos acerca de las ITS y VIH/SIDA que pueden ser cubiertas con intervenciones.
- Identificar segmentos de la población que por su conducta se encuentran especialmente expuestos a contraer las ITS y la infección por el VIH.
- Datos sobre públicos específicos para complementar la información de las encuestas de la población en general.
- Comparaciones y ofrecen un grado de homogenización que suele estar ausente cuando los datos los recopilan una variedad de organismos diferentes.(20)



## **CAPITULO III**

### **3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1 HIPÓTESIS**

Los conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, las actitudes inadecuadas y prácticas de riesgo pueden modificarse con una intervención educativa diseñada para el efecto.

#### **3.2 OBJETIVOS**

##### **3.2.1. Objetivo General**

- Evaluar y modificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la Facultad de Artes de la “Universidad de Cuenca” sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.

##### **3.2.2. Objetivos Específicos**

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los estudiantes de la facultad de Artes de la “Universidad de Cuenca”, sobre las ITS y auto-eficacia en la prevención del SIDA a través de la aplicación de un cuestionario antes de la intervención educativa.





- Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de la facultad de Artes, previo a una intervención a cerca del tema, por medio de la aplicación de encuestas Pre-CAPs.
- Realizar una intervención educativa basada en la Teoría Cognoscitivo Social de Albert Bandura, enfocada a la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, con la finalidad de modificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre las ITS y VIH/SIDA, que tienen los estudiantes de la facultad a evaluar.
- Evaluar los resultados obtenidos luego de la intervención educativa, por medio de la aplicación de encuestas Pos-CAPs.
- Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITS y VIH-SIDA, que tienen los estudiantes de la Facultad de Artes de la “Universidad de Cuenca”, antes y después de la intervención educativa.



## **CAPITULO IV**

### **4. METODOLOGIA**

Esta investigación tuvo como propósito determinar la modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de las escuelas de Artes Aplicadas y Artes Escénicas-Comunes pertenecientes a la Facultad de Artes de la “Universidad de Cuenca” luego de realizar encuestas Pre-CAPs, una intervención educativa y encuestas Pos-CAPs.

#### **Características de la investigación**

##### **4.1 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio cuasi experimental sin grupo control, sobre los Conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de las escuelas de artes escénicas y artes aplicadas, Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca ante las ITSs y VIH/SIDA.



## 4.2 Universo

El estudio, según la línea de investigación de la Facultad, seleccionó como universo al número de 475 estudiantes matriculados en el año lectivo 2008-2009 en la Facultad de Artes, pero en cada una de las Escuelas se seleccionó un tamaño adecuado de la muestra de acuerdo a la magnitud de la modificación reportada en las investigaciones CAP.

## 4.3 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado con las siguientes restricciones:

- Error alfa del 5% (0,05)
- Nivel de confianza del 95% (IC 95%)
- Error beta del 5% (0,05)
- Potencia estadística del 95% (0,95)
- Desenlace del grupo control del 43% (0,43). Según la literatura consultada, la aplicación de una encuesta antes de la intervención en los estudios CAPs, en el tema ITS, ha proporcionado un nivel de conocimientos no más alto del 43%
- Desenlace del grupo control del 76% (0,76). Los reportes sobre modificación de los CAP después de la



intervención aseguran que se elevan los conocimientos hasta en un 76%.

- Con la utilización de un software de computadora Epidat versión 3.1 en español para Windows, el tamaño de la muestra fue de 66 participantes como mínimo de 55 estudiantes para probar el efecto de la intervención.
- Para el análisis estadístico fueron válidos únicamente 66 formularios en la fase Pre y de 64 en la fase Post intervención.

$$S = Z^*Z [ P(P-1) D^*D ]$$

Z= Puntuación Stándar (2.57)

P= Porcentaje de desconocimiento.

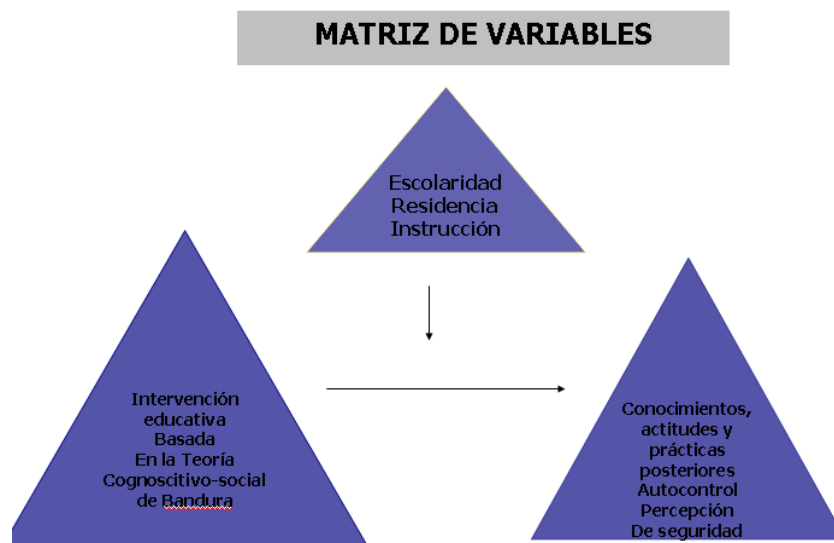
D= Error Aceptable (5%)

#### **4.4 Descripción del Área de estudio**

El estudio se realizó en los estudiantes de las Escuelas de Artes escénicas y artes aplicadas, Facultad de Artes de la

Universidad de Cuenca, ubicada en La Av. 12 de Octubre y Av. Don Bosco.

## 4.5 Plan de Análisis



## 4.6 Procedimientos, Técnicas e Instrumentos

### 4.6.1 Procedimientos

- **Solicitud de permiso a las autoridades:**

En el mes de mayo se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades tanto de la Facultad



de Artes de la Ciudad de Cuenca así como también a las autoridades de la Escuelas de artes escénicas y artes aplicadas, pertenecientes a la Universidad Estatal de Cuenca.

Las autoridades otorgaron el permiso para la realización de la intervención educativa con la condición de que todos los estudiantes reciban dicha intervención, pues consideraban urgente la instrucción a los jóvenes.

#### **4.6.2 Descripción de los Instrumentos de medición**

Se utilizaron dos instrumentos de medición:

**4.6.2.1.El primer instrumento:** es un una encuesta de valoración de CAPs mide conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual, es un instrumento validado y aplicado en un estudio realizado en la ciudad de la Habana, en Cuba, por Fatjo Aymee, del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

**4.6.2.2. Validación del primer instrumento:** El primer instrumento fue validado por Aymee Fatjo; por medio de



consenso de expertos y para cumplimentar su validez, se sometió a la técnica de repetición del test utilizando como medida el coeficiente de correlación lineal entre las dos aplicaciones del test, considerándose bueno porque se obtuvo un resultado de 0.94.

Para las variables de conocimientos y actitudes, los conocimientos se relacionan con mayores puntuaciones.

Para las variables de prácticas la mayor puntuación se relaciona con prácticas de riesgo, o malas prácticas.

**4.6.2.3. El segundo instrumento:** Corresponde a la escala de auto eficacia basada en la Teoría de Albert Bandura, mide el nivel de seguridad, fue validado por Fuensanta López-Rosales, José Moral-de la Rubia, del Centro de investigaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

#### **4.6.2.4. Validación del segundo instrumento:**

La escala de auto eficacia está conformada de varias subescalas reconociéndose tres subescalas: A, B y C.

Los autores mexicanos validaron por una confiabilidad de ST, por la  $\alpha$  de Cronbach, alta con un valor de 0.89, y muy próxima al esperado de 0.91. Resultando todos los elementos discriminatorios con una correlación significativa



( $p < 0.01$ ) con el resto de la escala que oscila de 0.284 a 0.654.

#### **4.7 Descripción del Cuestionario (Anexo I)**

Ambos instrumentos de medición – CAPs y escala de auto eficacia- se integraron en un solo cuestionario; el mismo que fue aplicado siguiendo la técnica de encuesta administrada.

**4.7.1. Secciones del cuestionario.** Las secciones del cuestionario aplicado a los estudiantes de la Escuelas de artes escénicas y artes aplicadas fueron los siguientes:

##### **Sección I**

Identificación del cuestionario

##### **Sección II**

Variables sociodemográficas del encuestado

##### **Sección III**

Preguntas de conocimientos sobre ITSs

##### **Sección IV**

Preguntas de actitudes

##### **Sección V**

Preguntas de prácticas





De la sección III hasta la sección V constituyeron el primer instrumento de medición, es decir a conocimientos, actitudes y prácticas sobre ITSs; cada pregunta como puede constatarse en el anexo I tiene varios ítems, son preguntas cerradas, a cada ítem de cada pregunta el encuestado contestó si o no; de esta forma ninguna pregunta quedó sin ser contestada. Cada posibilidad de respuesta fue previamente codificada para facilitar la tabulación de los datos.

## **Sección VI**

Esta sección correspondió al segundo instrumento de medición, es decir, a la escala de auto eficacia para prevenir el SIDA, recoge preguntas de intención.

### **4.7.2. Descripción de las secciones III-IV-V del cuestionario:**

#### Variables de conocimientos:

- Infecciones de transmisión sexual que conoce
- Transmisión de estas infecciones
- Manifestaciones clínicas de las ITS
- Curación de las ITS/VIH/SIDA

#### Variables de actitudes



- Actitud ante el nivel de atención médica de estas infecciones
- Actitud ante una ITS
- Prevención de las ITS
- Actitud ante relaciones sexuales con desconocidos o pocos conocidos

### Variables de prácticas

- Parejas en los 3 últimos meses: cuantas
- Práctica sexual: Homosexual, heterosexual, bisexual
- Hábito sexual: Anal, oral, genital
- Portador de una ITS en alguna ocasión: Mencionarla.
- Conversar con su pareja sobre el tema.
- Relaciones sexuales embriagado o bajo los efectos de drogas.
- Uso del condón:
  - Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.
  - Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.
  - Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.



-Razones por lo que no lo usa:

- Disminuye la sensibilidad
- No sabe utilizarlo.
- Pena negociarlo con la pareja:
- Vergüenza adquirirlo en la farmacia.
- Pareja estable.
- Relaciones sexuales con desconocidos.

-Uso del condón en estas relaciones

- Siempre: Cuando su uso es en todas las relaciones sexuales.
- Ocasionalmente: Cuando su uso está presente en alguna de sus prácticas sexuales.
- Nunca: Cuando no forma parte de sus prácticas sexuales.

Estas variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas fueron evaluadas según una escala de puntuación:

- Con las variables que van de la pregunta 7 a la pregunta 14: puntuación que pretende medir los conocimientos y las actitudes, esta osciló en un rango entre 12 y -6 puntos (ver clave de calificación).
- Con las variables que van de la pregunta 17 a la 26: puntuación que pretende evaluar las prácticas, esta osciló



en un rango entre 10 y 0 puntos ver clave de calificación (Anexos).

#### **4.7.3. Puntuación final de las variables del primer instrumento**

##### Variables de conocimiento

- Buena cuando los puntos alcanzados entre 8 y 11 puntos
- Regular entre 7.8 y 5 puntos
- Mala por debajo de 5 puntos.

##### Variables de actitudes

- Buena: entre 6 y 10 puntos
- Regular entre 5.9 y 3 puntos
- Mala por debajo de 3 puntos.

Las variables de conocimientos y actitudes se analizaron antes y después para evaluar los resultados de la intervención realizada; es decir a los dos meses de la intervención educativa.

##### Variables de prácticas

- Buena de 0 a 4 puntos



- Regular de 5 a 6.9 puntos
- Mala de 7 a 10 puntos.

Las variables de prácticas deben ser evaluadas luego de mínimo tres meses luego de la intervención, en el presente estudio se evaluaron las prácticas a los dos meses debido a las dificultades presentadas: por el cambio de ciclo de los estudiantes

#### **4.7.4. La sección VI del formulario:**

Correspondió a la escala de auto eficacia, siguiendo la teoría de Albert Bandura, para prevenir el SIDA con 27 preguntas de intención.

La subescala A incluye preguntas sobre seguridad de decir no a las relaciones sexuales frente a circunstancias diversas; la subescala B incluye seguridad o no de preguntar a la novia sobre relaciones sexuales previas, uso de drogas, experiencia homosexual, discutir sobre SIDA y la subescala C incluye preguntas sobre la seguridad en el uso del preservativo, abstinencia sexual, fidelidad, confianza con los padres.



Para el análisis se tomó en cuenta el nivel de mayor seguridad de la escala.

#### **4. 8. Como se procedió a recolectar los datos:**

El cuestionario fue llenado por los estudiantes antes de la intervención educativa y 2 meses después de la misma, la aplicación fue directa con la presencia de la investigadora, lo que facilitó responder dudas y aclarar las preguntas del cuestionario. El tiempo en responder fue de aproximadamente 60 minutos; Intervención se inició la segunda semana del mes de Junio. La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario que se diseñó para esta investigación y que aclara brevemente al encuestado los objetivos de la investigación previamente se le pidió, al encuestado, su consentimiento informado para participar en el mismo, que implicó su autorización formal a través de su firma.

#### **4.9. De la intervención educativa:**

La intervención educativa se realizó en cada una de las respectivas aulas de las Escuelas de artes escénicas y artes aplicadas de la Facultad de Artes, se programaron seis sesiones con duración de una hora cada una. Las



charlas fueron interactivas con la participación de los estudiantes, quienes podían exponer sus dudas.

Para las sesiones el total de estudiantes fue de (n=66) de la Facultad de Artes, Escuelas de artes escénicas y artes aplicadas de la ciudad de Cuenca.

#### **4.9.1. Las cuatro primeras sesiones consistieron en:**

- Foro abierto sobre los valores con respecto a una sexualidad sana, su definición según la OMS, descripción de la anatomía genital masculina y femenina: presentación en power point.
- Descripción de las ITS con signos, síntomas: presentación en power point
- Prevención de las ITS: el uso correcto del preservativo, fidelidad y abstinencia: presentación en power point.
- Exposición de un video (Ver cd adjunto)

#### **4.9.2. Las dos sesiones últimas consistieron en:**

El análisis de historias narradas: Para el análisis se conformaron grupos de 10 estudiantes, designándose un expositor por cada grupo. Se asignó el tiempo de 15



minutos para la lectura y análisis de la historia a cada grupo.

A los quince minutos el expositor de cada grupo leyó el análisis que hizo el grupo y las conclusiones a las que cada grupo llegó.

El análisis de las historias narradas permitió, a los participantes expresar como manejarían las situaciones presentadas en las historias; a manera de ensayos cognitivos con el fin de fortalecer la auto eficacia.

Al finalizar la sexta sesión se entregó a cada uno de los estudiantes un manual de las ITS elaborado por la autora (Anexo 4).

#### **4.9.3 Materiales utilizados:**

- ✚ Un computador (laptop) y un proyector Infocus para las intervenciones educativas
- ✚ Videos
- ✚ Fotocopias de las historias narradas
- ✚ esferográficos
- ✚ Manual de prevención de las ITSs





En cada sesión contamos con la presencia de los respectivos Profesores quienes mantuvieron la disciplina de los estudiantes, durante todo el proceso de la intervención. Los equipos, el InFocus y computador fueron facilitados por la Facultad de Ciencias Medicas, Escuela de Medicina. Se aplicó el mismo cuestionario a los 2 meses de realizada la intervención educativa.

#### **4.10. Análisis Estadístico:**

La información fue recolectada en el cuestionario (Anexos), con la misma se elaboró la base de datos en el programa SPSS 16 para windows.

Se realizó contraste de hipótesis Pre intervención y Pos intervención por medio de la prueba T para muestras independientes de conocimientos, actitudes y prácticas.

Se aplicó además la prueba Chi cuadrado para el instrumento de conocimientos, actitudes y prácticas.

Los cuadros y gráficos se realizaron en el programa Excel.

#### **4.11. Normas éticas**

Se guardó cuidado en el procedimiento ético solicitando a los estudiantes que llenaran y firmaran el documento de consentimiento informado. (Anexos)



#### **4.12. Recursos humanos y técnicos**

Se contó con el permiso y la colaboración correspondiente de la Universidad de Cuenca, previa una solicitud realizada en el mes de mayo

Los profesores a cargo de los grupos estuvieron presentes en las sesiones y durante la encuesta directa.



## **CAPITULO V**

### **5. RESULTADOS**

El estudio se realizó en 66 estudiantes de las escuelas de artes aplicadas y artes escénicas-comunes pertenecientes a la Facultad de Artes de la Universidad de Cuenca que constituyó el grupo de intervención.

#### **5.1 Tabla Base**

Se elaboró una tabla basal del grupo tomando en cuenta las variables sociodemográficas en donde se observó que la edad de la mayor parte de los estudiantes que participaron está entre los 22 a 26 años con el 47%, sin predominio del género debido a que cada uno representa el 50%, en cuanto al estado civil la mayoría eran solteros con el 84.8%, y tan solo un mínimo porcentaje correspondían a personas casadas y divorciadas, la proporción de los católicos fue superior en cuanto a la religión representado por el 78.8% y proceden del área urbana el 83.3% (Ver cuadro N° 1)



## Cuadro N° 1

**Distribución de 66 estudiantes de las escuelas de artes aplicadas y artes escénicas-comunes de la Facultad de Artes, Universidad de Cuenca según variables socio demográficas.  
Cuenca, 2009.**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
desde 17 a 21 años	28	42.4
desde 22 a 26 años	31	47.0
desde 27 a 31 años	7	10.6
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>
GENERO		
femenino	33	50.0
masculino	33	50.0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>
ESTADO CIVIL		
Soltero	56	84.8
casado	7	10.6
divorciado	3	4.5
Viudo	0	0
Union libre	0	0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>
RELIGIÓN		
católica	52	78.8
evangelica	3	4.5
t. de jehova	0	0
Otros	11	16.7
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>
PROCEDENCIA		
Urbano	55	83.3
Rural	11	16.7
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.



## **5.2. Resultados antes y después de la intervención educativa:**

En los siguientes resultados, se pudo estimar una elevación significativa de los conocimientos sobre condilomas con un valor en la pre intervención del 9.09% al 93.7% en la pos intervención, sífilis del 83.3% al 100%, gonorrea del 57.5% al 100%, tricomoniasis del 18.8% al 81.2%, clamidiasis del 18.8% al 92.2% y otros del 12.1% al 26.5% después de la intervención educativa.

Con respecto a la forma de contagio sin penetración se observó un incremento significativo de sus conocimientos del 74.2% al 89.1% y de madre infectada a hijo del 75.7% al 96.8%.

A cerca de los conocimiento de los síntomas de las ITS, se pudo apreciar una elevación significativa de los siguientes síntomas: dolor en el vientre bajo del 19.7% al 78.1%, secreción por los genitales del 68.2% al 98.4%, verrugas en los genitales del 59.1% al 98.4%, manchas en la piel del 56.1% al 87.5% e inflamación en los ganglios del 45.5% al 89.1% luego de la intervención educativa.

Y finalmente se elevó los conocimientos en si estas ITS son curables: en sífilis del 69.7% al 100%, condiloma 22.7% al 43.8%, blenorragia del 57.5 al 100%, tricomoniasis del 18.1



al 81.3%, clamidiasis del 18.1% al 92.2% y con excepción del sida que disminuyó del 7.5% al 0% cuyo resultado se esperaba debido a que esta ITS no es curable. (Ver cuadro N°2)



**Cuadro N° 2**  
**Conocimiento de 66 estudiantes de las escuelas de artes aplicadas y artes escénicas-comunes de la Facultad de Artes, Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa Cuenca, 2009**

VARIABLE	PREINTERVENCIÓN n (%) 66	POSINTERVENCIÓN n (%) 64	VALOR P
<b><u>CONOCIMIENTOS</u></b>			
CONDILOMAS	6 (9.09)	60 (93.7)	0.000
HERPES	64 (96.9)	63 (98.4)	0.577
SIFILIS	55 (83.3)	64 (100)	0.001
SIDA	66 (100)	64 (100)	0
GONORREA	38 (57.5)	64 (100)	0.000
TRICOMONIASIS	12 (18.8)	52 (81.2)	0.000
CLAMIDIASIS	12(18.8)	59(92.2)	0.000
OTRAS	8(12.12)	17(26.5)	0.037
<b><u>FORMAS DE TRANSMISION</u></b>			
SIN PENETRACIÓN	49 (74.2)	57 (89.1)	0.031
CON PENETRACIÓN	62(93.9)	61(95.3)	0.729
TRANSFUSIÓN	65(98.5)	62(96.8)	0.541
MADRE INFECTADA	50(75.7)	62(96.8)	0.000
BESO O SUDOR	3(4.5)	0(0)	0.084
OTRAS	7(10.6)	5(7.8)	0.582
<b><u>MANIFESTACIONES</u></b>			
DOLOR EN VIENTRE BAJO	13(19.7)	50(78.1)	0.000
SECRECIÓN	45(68.2)	63(98.4)	0.000
VERRUGAS	39(59.1)	63(98.4)	0.000
MANCHAS	37(56.1)	56(87.5)	0.000
INFLAMACIÓN	30(45.5)	57(89.1)	0.000
OTRAS	8(12.1)	17(26.6)	0.037
<b><u>FORMAS DE CURACION</u></b>			
SÍFILIS	46(69.7)	64(100)	0.000
CONDILOMA	15(22.7)	28(43.8)	0.011
BLÉNORRAGIA	38(57.5)	64(100)	0.000
CLAMIDIASIS	12(18.1)	59(92.2)	0.000
SIDA	5(7.5)	0(0)	0.025
TRICOMONIASIS	12(18.1)	52(81.3)	0.000

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.



En términos generales las actitudes de los estudiantes presentan una mejoría en relación a conversar con los padres, ir al hospital, al médico, no ir a la farmacia, ni acudir a los amigos, ayudar a un amigo con ITS, decir que es propio de la edad, recomendar que acuda a un médico, incrementar sus conocimientos sobre ITS, fidelidad, escoger bien a la pareja, uso del preservativo, no tener relaciones con desconocidos luego de la intervención (ver Cuadro N° 3)





**Cuadro N° 3**  
**Actitudes de 66 estudiantes de las escuelas de artes**  
**aplicadas y artes escénicas-comunes de la Facultad de**  
**Artes, Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA**  
**antes y después de la intervención educativa**  
**Cuenca, 2009.**

ACTITUDES	PREINTERVENCIÓN	POSINTERVENCIÓN	VALOR P
<b><u>RECOMENDACIONES</u></b>			
A UN HOSPITAL CERCANO	52(78.7%)	55(85.9%)	0.286
A SU MÉDICO DE FAMILIA	41(62.1%)	52(81.2%)	0.016
A UNA FARMACIA	3(4.5%)	0(0%)	0.084
A OTRO AMIGO (A)	8(12.1%)	7(11%)	0.833
CONVERSAR CON PADRES	46(69.7%)	51(79.7%)	0.191
OTRAS	1(1.5%)	1(1.6%)	0.983
<b><u>ACTITUD FRENTE A UN AMIGO CON ITS</u></b>			
ME ALEJARÍA DE ÉL O ELLA	2(3.03%)	1(1.6%)	0.577
AYUDARÍA A CURARSE	46(69.7%)	49(76.5%)	0.378
APRENDIÓ HACER EL AMOR	1(1.5%)	1(1.6%)	0.983
PROPIO DE LA EDAD	1(1.5%)	0(0)	0.323
VISITAR A SU MÉDICO DE FAMILIA	52(78.8%)	62(96.8%)	0.002
<b><u>CONSEJOS PARA NO INFECTARSE CON ITS</u></b>			
CONOCER SOBRE ITS	60(90.9%)	60(93.7%)	0.543
NO TENER RELACIONES SEXUALES	9(13.6%)	8(12.5%)	0.848
FIDELIDAD	44(66.6%)	54(84.4%)	0.019
ESCOGER BIEN LA PAREJA	46(69.7%)	52(81.2%)	0.126
USAR CONDÓN	58(87.8%)	61(95.3%)	0.128
SIN PENETRACIÓN	6(9.1%)	17(26.5%)	0.009
<b><u>RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDOS</u></b>			
USAR CONDÓN	61(92.4%)	63(98.4%)	0.102
LAVARSE	39(59.1%)	45(70.3%)	0.181
IR AL MÉDICO POR ORIENTACIÓN	48(72.7%)	53(82.8%)	0.167
NO TENER RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDOS	47(71.2%)	53(82.8%)	0.117

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.



Con respecto a las prácticas sexuales de los universitarios, se puede apreciar un mejor discernimiento de mantener relaciones con coito genital, el uso habitual del preservativo, sin embargo el mantener relaciones con desconocidos, y el uso del condón en relaciones fortuitas no muestra mejoría. (Ver Cuadro N° 4)



**Cuadro N° 4**  
**Prácticas de 66 estudiantes de las escuelas de artes aplicadas y artes escénicas-comunes de la Facultad de Artes, Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa Cuenca, 2009.**

PRACTICAS	PREINTERVENCION n (%) 66	POSINTERVENCION n (%) 64	VALOR P
<b><u>RELACIONES SEXUALES EN LOS ULTIMOS 3 MESES</u></b>			
0	20 (30.3)	19 (29.6)	0.795
1 – 3	43 (65.1)	42 (65.6)	
> 3	3 (4.5)	3 (4.7)	
<b><u>RELACIONES SEXUALES CON:</u></b>			
MISMO SEXO	4 (6.1%)	4 (6.3%)	0,964
SEXO CONTRARIO	47 (71.2%)	46 (71.8%)	0,933
AMBOS SEXOS	1 (1.5%)	0 (0)	0,323
<b><u>HABITOS SEXUALES</u></b>			
SEXO ORAL	21 (31.8)	15 (23.4)	0,286
SEXO ANAL	6 (9.1)	6 (9.3)	0,955
COITO GENITAL	46 (69.7)	49 (76.5)	0,378
<b><u>PADECIÓ DE ITS</u></b>			
	0 (0)	0 (0)	0,000
<b><u>CONVERSA CON PAREJA</u></b>			
	39 (59.1)	51 (79.7)	0,011
<b><u>RELACIONES SEXUALES EN EMBRIAGUEZ</u></b>			
	18 (27.3)	19 (29.7)	0,760
<b><u>USO HABITUAL DE CONDON</u></b>			
SIEMPRE	19 (28.8)	32 (50)	0.028
OCASIONALMENTE	19 (28.8)	13 (20.3)	
NUNCA	28 (42.4)	17 (26.6)	
<b><u>RELACIONES SEXUALES CON DESCONOCIDOS</u></b>			
	16 (24.2)	21 (32.8)	0,279
<b><u>USO DE CONDON EN RELACIONES FORTUITAS</u></b>			
SIEMPRE	19 (28.8)	33 (51.6)	0.018
OCASIONALMENTE	28 (42.4)	22 (34.4)	
NUNCA	19 (28.8)	9 (14.1)	

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.



### **5.3. Modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas antes y después de la intervención.**

#### **Prueba T de Student para muestras dependientes.**

#### **Variables de conocimientos:**

##### **Pregunta 7:** Variable de conocimiento sobre las ITS.

En la muestra utilizada para este estudio, se encontró un valor de p de 0,000, siendo un valor estadísticamente significativo, motivo por el cual se puede apreciar una variación después de la intervención educativa en conocimientos sobre ITS: condiloma, herpes, sífilis, SIDA, gonorrea, tricomoniasis, y clamidiasis,

El resultado de la media obtenida en la pre intervención fue de  $6.67 \pm 1.6$  y en la pos intervención fue  $9.21 \pm 0.84$ . Por lo tanto se puede mencionar un mayor conocimiento de las ITS: condiloma, herpes, sífilis, SIDA, gonorrea, tricomoniasis, y clamidiasis, por parte del grupo de estudiantes intervenidos. (Ver Cuadro N° 5)

##### **Pregunta 8:** Variable sobre los Conocimientos de transmisión de estas ITS



En el grupo de estudiantes intervenidos, se encontró un valor de  $p$  de 0,132 siendo un valor no estadísticamente significativo.

El valor de la media obtenida en la pre intervención fue de  $9.5 \pm 1.75$  y de  $9.92 \pm 1.54$  en la pos intervención, demostrándose así un incremento en los conocimientos. (Ver Cuadro N° 5)

**Pregunta 9:** Variable de conocimiento sobre las manifestaciones de ITS.

En la muestra utilizada para este estudio, se halló un valor de  $p$  de 0.000, resultando estadísticamente significativo para los conocimientos sobre las manifestaciones clínicas de ITS.

En la pre intervención el valor de la media que se obtuvo fue de  $4.15 \pm 2.56$  y después de la misma, la media fue de  $7.81 \pm 1.31$ , lo cual indica un incremento de conocimientos acerca de los síntomas de las ITS. (Ver Cuadro N° 5)

**Pregunta 10:** Variables: son curables o no las ITS

En el grupo de estudiantes evaluados, se obtuvo un valor de  $p$  de 0.000, cifra estadísticamente significativa para el estudio.



Se encontró además una media de  $4.25 \pm 2.84$  en la pre intervención y una media de  $9.03 \pm 1.06$  en la pos intervención, observando una ganancia significativo en la variable de conocimiento sobre curación de las ITS en el grupo intervenido. (Ver Cuadro N° 5)

**Cuadro N° 5**  
**Conocimientos de 66 estudiantes de las escuelas de artes aplicadas y artes escénicas-comunes de la Facultad de Artes, Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención educativa Cuenca, 2009.**

CONOCIMIENTOS	Preintervención n=66 x +/-Ds	Posintervención n=64 x +/-Ds	Valor de P
<b>Pregunta 07</b>	6,67 (1,6)	9,21 (0,84)	0,000
<b>Pregunta 08</b>	9,5 (1,75)	9,92 (1,54)	0,132
<b>Pregunta 09</b>	4,15 (2,56)	7,81 (1,31)	0,000
<b>Pregunta 10</b>	4,25 (2,86)	9,03 (1,06)	0,000

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.



## **Variables de Actitudes:**

**Pregunta 11:** Variable de actitud ante un amigo que padeciera una ITS a donde le recomendaría acudir.

En el grupo muestra, se encontró un valor de p de 0,006, es decir que existe significancia estadística en la actitud de las personas ante un problema de ITS, los cuales variaron después de la intervención; obteniéndose en la preintervención una media de  $6.18 \pm 2.51$  y en la posintervención un valor de  $7.31 \pm 2.28$  (Ver Cuadro N° 6)

**Pregunta 12:** Variable de actitud ante un amigo con una ITS

El valor de p en el estudio fue de 0.004 es decir que existe significancia estadística en la actitud que tomarían los alumnos ante un amigo que se encontrara con una ITS.

La media en la preintervención fue de  $7.37 \pm 3.04$  y de  $8.71 \pm 1.96$  después de la intervención. (Ver Cuadro N° 6)

**Pregunta 13:** Variable de actitud de consejo a un amigo para no infectarse con una ITS.

En el grupo de estudiantes evaluados, se obtuvo un valor de p fue de 0.000, valor estadísticamente significativo, es



decir que tienen una buena actitud de los estudiantes para aconsejar a un amigo que este con ITS.

En el grupo intervenido se encontró una media de  $6.23 \pm 2.31$  antes de la intervención y de  $6.68 \pm 1.79$  después de la intervención. (Ver Cuadro N°6)

**Pregunta 14:** Variable de actitud; consejo a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos

En la muestra de estudio, el valor de p fue de 0.004; es decir que existe significancia estadística antes y después de la intervención.

La media antes de la intervención fue de  $7.48 \pm 2.48$  y de  $8.60 \pm 1.89$  después de la intervención. (Ver Cuadro N°6)





**Cuadro N° 6**  
**Actitudes de los estudiantes de las escuelas de artes  
 aplicadas y artes escénicas-comunes de la Facultad de  
 Artes, Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA  
 antes y después de la intervención Cuenca, 2009**

<b>ACTITUDES</b>	<b>Preintervención n=66 x +/-Ds</b>	<b>Posintervención n=64 x +/-Ds</b>	<b>Valor de P</b>
<b><i>Pregunta 11</i></b>	6,18 (2,51)	7,31 (2,28)	0,006
<b><i>Pregunta 12</i></b>	7,37 (3,04)	8,71 (1,96)	0,001
<b><i>Pregunta 13</i></b>	6,23 (2,31)	7,68 (1,79)	0,000
<b><i>Pregunta 14</i></b>	7,48 (2,48)	8,60 (1,89)	0,004

**Fuente:** Formulario de la investigación.

**Elaboración:** Los autores.



## **Variables de prácticas**

**Pregunta 17:** Variable de práctica. Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

El valor obtenido para p fue de 0.586, por lo tanto no existe significancia estadística antes y después de la intervención, es decir en lugar de disminuir a aumentado el número de personas con las que tienen relaciones sexuales.

La media antes de la intervención fue de  $3.25 \pm 2.77$  y después de la intervención de  $3.56 \pm 2.97$  en el grupo intervenido. (Ver Cuadro N°7)

**Pregunta 18:** Variable de práctica: Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

En esta pregunta se puede apreciar que no existe significancia estadística ya que el valor de p es de 0.629 antes y después de la intervención.

El valor de la media fue de  $3.34 \pm 2.52$ , antes de la intervención y de  $3.56 \pm 2.58$  después de la intervención. (Ver Cuadro N°7)

**Pregunta 19:** Variable de práctica. Hábito sexual



No existe significancia estadística antes y después de la intervención pues el valor obtenido de  $p$  fue de 0.608, es decir que el hábito sexual (coito genital, sexo oral, sexo genital) de los intervenidos no ha variado en 3 últimos meses.

El resultado de la media antes de la intervención fue de  $3.53 \pm 2.75$  y de  $3.76 \pm 2.49$  después de la intervención. (Ver Cuadro N°7)

**Pregunta 23:** Variable de práctica. Utilización del condón en las relaciones habituales con la pareja. Comportamiento sexual y uso de preservativo en adolescentes.

En el grupo de estudiantes evaluados, El valor de  $p$  fue de 0.013 es decir no existe significancia estadística antes de la intervención la media fue de  $5.96 \pm 1.53$  y después de la intervención fue de  $5.28 \pm 1.52$ . (Ver Cuadro N°7)

**Pregunta 26:** Variable de práctica. Utilización de preservativo en relaciones fortuitas.

En esta pregunta, se puede apreciar que el valor de  $p$  es de 0.021 antes y después de la intervención, valor que no es estadísticamente significativo en nuestro estudio.



El valor de la media fue de  $7.03 \pm 2.59$  antes de la intervención y de  $5.87 \pm 2.73$  después de la misma. (Ver Cuadro N°7)

En las preguntas 20,21, 22, y 25 fueron evaluadas pero no calificadas

### Cuadro N° 7

**Prácticas de los estudiantes de las escuelas de artes aplicadas y artes escénicas-comunes de la Facultad de Artes, Universidad de Cuenca sobre ITS y VIH-SIDA antes y después de la intervención Cuenca, 2009**

<b>PRÁCTICA</b>	<b>Preintervención n=66 x +/-Ds</b>	<b>Posintervención n=64 x +/-Ds</b>	<b>Valor de P</b>
<b>Pregunta 17</b>	3,25 (2,77)	3,56 (2,97)	0,580
<b>Pregunta 18</b>	3,34 (2,52)	3,56 (2,58)	0,629
<b>Pregunta 19</b>	3,53 (2,75)	3,76 (2,49)	0,608
<b>Pregunta 23</b>	5,96 (1,53)	5,28 (1,52)	0,013
<b>Pregunta 26</b>	7,03 (2,59)	5,87 (2,73)	0,021

**Fuente:** Formulario de la investigación.

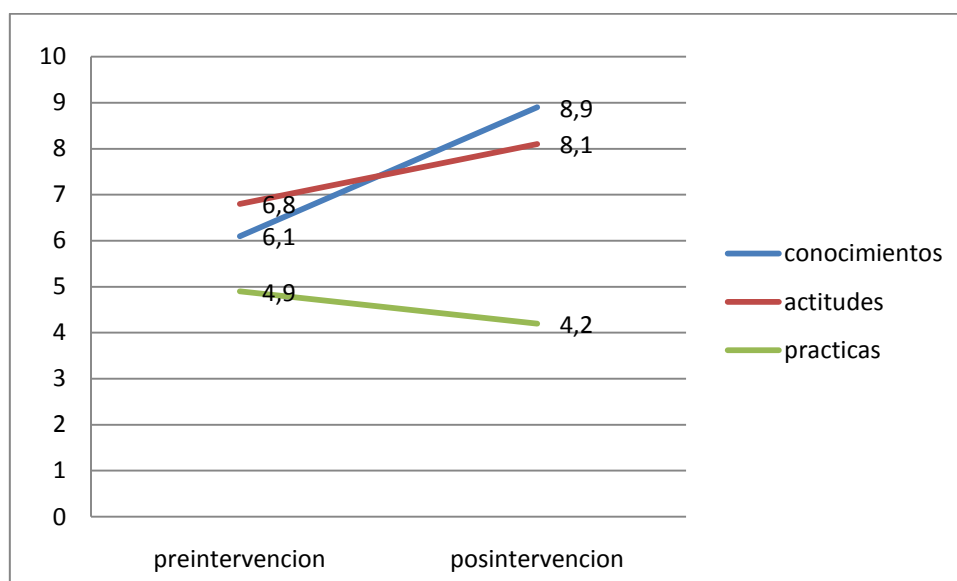
**Elaboración:** Los autores.



## GRÁFICO N° 1

En el presente gráfico observamos que los conocimientos y actitudes del grupo en estudio han aumentado de manera considerable, y a pesar que la disminución de las prácticas no tiene significancia estadística si es representativo de manera porcentual, es decir que la intervención realizada influyó positivamente en los estudiantes. (Ver Gráfico N° 1)

**GRAFICO N° 1**  
**Modificación de los Conocimientos, Actitudes y**  
**Prácticas, Sobre Infección de Transmisión Sexual,**  
**antes y después de La Intervención de Los Estudiantes**  
**de la Facultad de Artes, Escuelas de artes aplicadas y**  
**artes escénicas.**





## 5.4. Escala de Auto eficacia para prevenir el VIH/SIDA

### Subescala A

La subescala A contiene 11 preguntas; las cuales valoran el nivel de seguridad de los estudiantes de decir NO a las relaciones sexuales en diferentes situaciones. Se tomó en cuenta la mayor seguridad; es decir muy seguro o totalmente seguro. En nuestro estudio los valores no indican significancia estadística, pero se puede apreciar cambios entre la pre intervención y pos intervención de la seguridad de los estudiantes encuestados; con respecto a decir no a tener relaciones sexuales en distintas circunstancias.

Se consiguió un mayor nivel de seguridad, es decir un alto porcentaje de estudiantes tienen capacidad de autocontrol en el momento de decidir tener una relación sexual luego de las intervenciones educativas.



## Cuadro N° 8

### Auto eficacia de 66 estudiantes de la Facultad de Artes en la Escuela de Artes Aplicadas y Artes Escénicas por el nivel de mayor seguridad, Subescala A antes y después de la intervención. Cuenca, 2009

SUBESCALA A CAPACIDAD DE DECIR NO ANTE:	PREINTERVENCIÓN N° 66	POSTINTERVENCIÓN N° 64	VALOR P
Conocido hace 30 días	39 (59.1%)	46 (71.9%)	0.126
Alguien cuya historia sexual desconocida para ti	41 (62.1%)	48 (75%)	0.114
Alguien cuya historia de drogas desconocida para ti	43 (65.2%)	50 (78.1%)	0.101
Alguien a quien has tratado con anterioridad	40 (61%)	44 (69%)	0.332
Alguien a quien deseas tratar de nuevo	33 (50%)	40 (62.5%)	0.151
Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	31 (47%)	39 (61%)	0.110
Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	39 (59.1%)	38(59.4%)	0.974
Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	41(62.1%)	39 (61%)	0.890
Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	37 (56.1%)	47 (73.4%)	0.238
Alguien con quien has estado utilizando drogas	40 (61%)	42 (66%)	0.553
Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	31 (47%)	41 (64.1%)	0.050

**Fuente:** Formulario de investigación

**Elaboración:** Autores



## Subescala B

La subescala B está conformada por cuatro preguntas que hacen referencia a la seguridad de ser capaz de preguntar al novio/novia sobre relaciones sexuales anteriores, uso de drogas, experiencia homosexual y discutir sobre el SIDA. Se tomó en cuenta la seguridad (muy seguro y totalmente seguro), a partir de las intervenciones aumento la capacidad de los estudiantes para preguntar a su pareja sobre sus relaciones sexuales pasadas, uso de drogas intravenosas y experiencias homosexuales, mejoró la auto eficacia pero no hubo significancia estadística, con excepción de la capacidad de discutir sobre la prevención del VIH/SIDA que en la pre intervención fue de 86.4% y en la pos intervención de 81.2%.





**Cuadro N° 9**  
**Auto eficacia de 66 estudiantes de la Facultad de Artes**  
**en la Escuela de Artes Aplicadas y Artes Escénicas por**  
**el nivel de mayor seguridad, Subescala B antes y**  
**después de la intervención. Cuenca, 2009**

CAPACIDAD DE:	PREINTERVENCIÓN Nº 66	POSTINTERVENCIÓN Nº 64	VALOR P
PREGUNTAR A TU NOVIO/A SI SE HA INYECTADO ALGUNA DROGA	53 (80.3 %)	56 (87.5%)	0.265
DISCUTIR SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SIDA CON TU NOVIO/A	57 (86.4%)	52 (81.2%)	0.428
PREGUNTAR A TU NOVIO/A SOBRE SUS RELACIONES SEXUALES TENIDAS EN EL PASADO	50(76%)	50 (78.1%)	0.749
PREGUNTAR A TU NOVIO/A SI HA TENIDO ALGUNA EXPERIENCIA HOMOSEXUAL	42 (64%)	49(77%)	0.104

**Fuente:** Formulario de investigación

**Elaboración:** Autores



## Subescala C

La subescala C, tiene 11 preguntas y nos indica el nivel de seguridad del uso del preservativo al momento de mantener relaciones, mantener fidelidad con la pareja, abstinencia sexual, y confianza con los padres. Encontramos que la intención individual del uso correcto del preservativo se elevó del 71.2% en la pre intervención al 83% en la pos intervención, siendo este resultado significativos para nuestro estudio con un valor de p de 0.017.

La auto eficacia medida a través de las preguntas sobre usar el condón durante el acto sexual después de que se consume alcohol, después de consumir o utilizar alguna droga, negarse a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón, mantener una sola pareja para toda la vida y platicar con los padres, no hubo diferencia estadística.



**Cuadro N° 10**  
**Auto eficacia de 66 estudiantes de la Facultad de Artes**  
**en la Escuela de Artes Aplicadas y Artes Escénicas por**  
**el nivel de mayor seguridad, Subescala C antes y**  
**después de la intervención. Cuenca, 2009**

CAPACIDAD DE:	PREINTERVENCIÓN N° 66	POSTINTERVENCIÓN N° 64	VALOR P
USAR EL CONDÓN CADA VEZ QUE TENGAS RELACIONES SEXUALES	47 (71.2 %)	53 (83%)	0.017
USAR CORRECTAMENTE EL CONDÓN	52 (79%)	47 (73.4%)	0.474
USAR EL CONDÓN DURANTE EL ACTO SEXUAL DESPUÉS DE QUE HAS ESTADO BEBIENDO ALCOHOL	40 (61%)	42 (66%)	0.553
USAR EL CONDÓN DURANTE EL ACTO SEXUAL DESPUÉS DE QUE HAS ESTADO CONSUMIENDO O UTILIZANDO ALGUNA DROGA	37 (56.1%)	40 (62.5%)	0.455
INSISTIR EN EL USO DEL CONDÓN DURANTE EL ACTO SEXUAL INCLUSO SI TU NOVIO/A PREFIERE NO USARLO	44 (67%)	46 (72%)	0.520
NEGARTE A TENER RELACIONES SEXUALES SI TU PAREJA NO ACEPTA USAR EL CONDÓN	37 (59.1%)	41 (64.1%)	0.560
CONTAR SIEMPRE CON EL DINERO SUFICIENTE PARA COMPRAR CONDOMES	47 (71.2%)	45 (70.3%)	0.910
MANTENER RELACIONES SEXUALES CON UNA SOLA PERSONA PARA TODA LA VIDA	35 (53%)	41 (64.1%)	0.202
PLATICAR CON TU PAPÁ SOBRE TEMAS SEXUALES	25 (38%)	25 (39.1%)	0.890
PLATICAR CON TU MAMÁ SOBRE TEMAS SEXUALES	34 (51.5%)	25 (39%)	0.154

**Fuente:** Formulario de investigación

**Elaboración:** Autores



### 5.5. Muestra de T relacionada para Auto eficacia sobre VIH/SIDA

En la medición de seguridad sobre actitudes, conocimientos y prácticas, los resultados obtenidos en nuestro estudio no fueron significativos, después de la intervención.

#### Cuadro N° 11

**Auto eficacia de 66 estudiantes de la Facultad de Artes, en las Escuelas de artes aplicadas y artes escenicas medida por el nivel de mayor seguridad antes de la intervención y después de la intervención educativa. Cuenca 2009.**

<b>SEGURIDAD</b>	<b>Preintervención n=66 x +/-Ds</b>	<b>Postintervención n=64 x +/-Ds</b>	<b>Valor de P</b>
<b>ESCALA A</b>	6,26 (3,98)	7,40 (2,95)	0,072
<b>ESCALA B</b>	3,04 (1,17)	3,26 (1,25)	0,250
<b>ESCALA C</b>	7,17 (2,88)	7,71 (2,43)	0,198

**Fuente:** Formulario de investigación

**Elaboración:** Autores



## CAPÍTULO VI

### 6. DISCUSIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) están entre las causas más comunes de enfermedades en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento que se observa en el número de ITS. Los adolescentes tienen como características propias la falta de control de sus impulsos, la ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de la conducta. Además, su maduración sexual cada vez más temprana los lleva a la búsqueda de relaciones sexuales como inicio de la comportamiento arriesgado y los exponen a ser víctimas comunes de las ITS, lo cual se agrava por la falta de conocimientos reales acerca de las misma. (32)

El uso del preservativo, la abstinencia sexual y la fidelidad son los métodos para prevenir las ITS y VIH/SIDA. La administración de preservativos durante las campañas de prevención es una forma de incentivar a la población su uso y así prevenir las ITS.(33)



El principal objetivo de este estudio a través de la intervención educativa con el respaldo teórico de Vigotsky, Bandura y Ausubel trata de emitir y concientizar a los estudiantes sobre la importancia de adquirir los conocimientos adecuados para prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, modificar conductas e incrementar la auto eficacia y el autocontrol de los universitarios de las Escuelas de artes escénicas y artes aplicadas.

Nuestro estudio se basó en la aplicación de las teorías de: Vigotsky en la que se pudo interactuar con los estudiantes de la facultad de artes, reforzando sus conocimientos previos acerca del aparato reproductor adquiridos en la secundaria e incorporando nuevos conocimientos sobre las ITS/VIH, mediante las sesiones educativas y la participación de los universitarios, demostrándose de esta manera la teoría de Ausubel. Al terminar las intervenciones realizamos actividades grupales en las que se entregó historias narradas a jóvenes para conocer las decisiones que ellos asumirían de encontrarse en situaciones similares, para concluir se motivó a los jóvenes a mejorar su seguridad y autocontrol frente a esta situación social.



En nuestro estudio la mayor parte de los estudiantes que participaron están entre los 22 a 26 años con el 47%, sin predominio del género debido a que cada uno representa el 50%, la mayoría eran solteros con el 84.8%, la proporción de los católicos fue superior en cuanto a la religión representado por el 78.8% y proceden del área urbana el 83.3% En un estudio realizado por Vera L., Bucaramanga-Colombia 1999, participaron jóvenes de 15 a 20 años con un promedio de edad de 18.2 años presentándose similar porcentaje para hombres y mujeres, la religión predominante fue la católica con el 82%. (34)

En un estudio realizado por Vera L., Bucaramanga-Colombia 1999, el promedio de edad de los estudiantes que participaron en el estudio fue de 18.2 años presentándose similar para hombres y mujeres, la religión predominante fue la católica con el 82%.(34)

Con respecto a los conocimientos sobre las ITS se pudo observar modificación con diferencia estadística, representado de la siguiente manera: condilomas con un valor en la pre intervención del 9.09% al 93.7% en la pos intervención con un valor de  $p=0.000$ ; sífilis del 83.3% al 100%, con valor de  $p=0.001$ ; gonorrea del 57.5% al 100%,



con valor de  $p=0.000$ ; tricomoniasis del 18.8% al 81.2%, con valor de  $p=0.000$ ; clamidiasis del 18.8% al 92.2%, con valor de  $p=0.000$  y otros del 12.1% al 26.5% después de la intervención educativa, con valor de  $p= 0.037$ . El sida no obtuvo modificación alguna ya que los resultados en la pre intervención fue del 100%, manteniéndose así en la pos intervención con un valor de  $p=0$ .

La ITS conocida como herpes obtuvo un aumento no significativo estadísticamente del 96.9% al 98.4%, con un valor  $p= 0.577$ .

En un estudio realizado por Vera L. en Bucaramanga-Colombia 1999, los resultados fueron que el 96 % de los estudiantes conocen lo que son las enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA (98%), gonorrea (93%) y sífilis (80%)(37), en otro estudio realizado por Gonzáles F., Colombia, manifiesta que las E.T.S más conocidas son el SIDA (51.8%), Herpes (12.2%), Sífilis (12.1%), y Gonorrea (9.6%), las cuales pueden adquirirse por tener relaciones sexuales sin protección. (35)





En relación a la forma de contagio de las ITS, en las variable sin penetración se observó resultados del 74.2% en la pre intervención al 89.1%, en la pos intervención, con un valor  $p= 0.031$  y de madre infectada a hijo del 75.7% en la pre intervención al 96.8% luego de la intervención con un valor  $p= 0.000$ , es decir, indican un incremento significativo de sus conocimientos.

De manera contraria se pudo observar que en la variable con penetración aumentó de un 93.9% al 95.3%, con un valor de  $p= 0.729$ ; y en las opciones de formas de contagio a través de transfusiones sanguíneas del 98.5% al 96.8%, con un valor de  $p= 0.541$  y transmisión a través del beso del 4.5% al 0%, con un valor  $p$  de 0.084, los porcentajes descendieron obteniendo valores mayores a 0,05 por lo tanto no significativo estadísticamente.

En un estudio realizado por Vera L. en Bucaramanga-Colombia 1999, se encontró que el 99% identificó la sangre como medio de transmisión de la enfermedad, 91% sabe que se transmite por relaciones sexuales genitales, un 8% dijo que se transmite por la saliva.(35)



A cerca de los conocimiento de los síntomas de las ITS, se pudo apreciar una elevación significativa de los siguientes síntomas: dolor en el vientre bajo del 19.7% al 78.1%, con un valor  $p= 0.000$ ; secreción por los genitales del 68.2% al 98.4%, con un valor  $p= 0.000$ ; verrugas en los genitales del 59.1% al 98.4%, con valor  $p= 0.000$ ; manchas en la piel del 56.1% al 87.5% con un valor  $p= 0.000$  e inflamación en los ganglios del 45.5% al 89.1% luego de la intervención educativa con un valor  $p= 0.000$ ; todos ellos con un valor de  $p<0,05$ .

En un estudio realizado por Vázquez A. en Lima-Perú 2005, se encontró que los conocimientos sobre los síntomas de las Infecciones de transmisión sexual mejoraron luego de la intervención educativa: presencia de pus por el pene del 18.5% al 36.1%. (36)

En relación al conocimiento sobre que ITS son curables se encontró diferencia estadística, es decir valores de  $p<0,05$ ; en sífilis del 69.7% en la pre intervención al 100% en la pos intervención con un valor  $p= 0.000$ , condiloma 22.7% al 43.8%, con un valor  $p= 0.011$ ; blenorragia del 57.5 al 100% con un valor de  $p= 0.0000$ , tricomoniasis del 18.1 al 81.3%, con un valor  $p= 0.000$ ; clamidiasis del 18.1% al 92.2% con



un valor de  $p= 0.000$ ; con excepción del sida que a pesar de ser estadísticamente significativa, disminuyó del 7.5% al 0% luego de la intervención, cuyo resultado se esperaba debido a que esta ITS no es curable; podemos compararlo con un estudio realizado en Cuba por Fatjo, A., en el que se encontró que los adolescentes incrementan los conocimientos sobre curación a expensas de Condiloma y tricomoniasis.(37)

Las respuestas obtenidas de los estudiantes con respecto a la pregunta sobre cuál sería su recomendación a un amigo que tiene una ITS; podemos apreciar un incremento estadísticamente significativo luego de la intervención educativa, en la opción de acudir a un médico de familia la cual se incrementó del 62.1% en la pre intervención al 81.2% en la pos intervención con un valor de  $p=0.016$ ; se encontraron valores estadísticamente no significativos con una  $p>0.05$  en: ir a un hospital cercano con 78.7% al 85.9% en la pos intervención con un valor  $p= 0.286$ ; acudir a una farmacia con un valor de 4.5% en la pre y descendiendo al 0% en la pos intervención con un valor  $p= 0.084$  y consultar a otro amigo con un 12.1% en la pre intervención al 11% en la pos intervención con un



valor  $p= 0.833$ , acudir a sus padres incrementó del 69.7% al 79.7% con un valor  $p= 0.191$ ; al comparar nuestros datos con los de López N, en su estudio sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga en el 2005, se encontró que los jóvenes acuden principalmente a los amigos en un 64%, a la madre un 30%, un 49% acude al personal de salud y un 12% a otras fuente. (35).

En cuanto a las actitudes de los estudiantes al preguntarles sobre cuál sería su recomendación para un amigo que tiene una ITS; se puede observar que existe un incremento estadísticamente significativo luego de las intervenciones, pues en la opción de acudir al médico de la familia ascendió del 62.1% al 81.2% con un valor de  $p= 0.016$ ; sin embargo se encontraron valores estadísticamente no significativos con una  $p>0.05$ , en las opciones de: ir a un hospital cercano con un valor en la pre intervención de 78.7% y de 85.9% en la pos intervención; acudir a sus padres se incrementó del 69.7% al 79.7% y acudir a una farmacia cercana disminuyó de 4.5% a 0% siendo un resultado representativo para el estudio, al hacer una



comparación de los datos de nuestro estudio con los de López N, en su investigación sobre Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga en el 2005, se halló que la mayoría de los jóvenes acuden principalmente a sus amigos en un 64%, a la madre un 30%, un 49% acude al personal de salud y un 12% a otras fuente. (35).

Acerca de la actitud de un estudiante frente a una amigo(a) con una ITS, se aprecia que no existe significancia estadística, luego de la intervención; con respecto al alejarse de un amigo con una ITS/SIDA se incrementa de un valor en la pre intervención de 3.03% y de 1.6% en la pos intervención; si le prestaría ayuda para curarse un 69.7% estuvieron de acuerdo en la pre intervención y un 76.5% en la pos intervención, decirle a su amigo que aprendió a hacer el amor se mantuvo los mismos valores tanto en la pre como en la pos intervención y queda descartada la idea de pensar que tener una ITS es propio de la edad ya que del 1.5% descendió al 0%, sin embargo existe significancia estadística el hecho de visitar al médico de familia con un valor del 78.8% en la pre intervención y un 96.8% en la pos intervención siendo p de



0.002. En el estudio de Lopez N , en Bucaramanga-Colombia, se obtuvo que el 67% están de acuerdo en que las personas con SIDA son culpables de la situación que padecen frente a 40% que están en desacuerdo; sin embargo, porcentajes altos (99%) estuvieron de acuerdo en que si su mejor amigo o amiga tuviera SIDA, lo deberían apoyar. (35)

Al preguntar a los estudiantes que sugerirían a un amigo(a) para que no se infecte de una ITS, se observa que no existe significancia estadística luego de la intervención, es decir, valores de  $p > 0.05$ : el aconsejar a un amigo tener conocimientos sobre ITS y no tener relaciones sexuales se mantiene en valores aproximados tanto en la pre como en la pos intervención, de 91% y 12% respectivamente, es decir no existe un cambio evidente, escoger bien a su pareja aumentó de 69.7% en la pre intervención a 81.2% en la pos intervención, en cuanto al uso del preservativo hubo un ascenso del 87.8% al 95.3% en la pos intervención, sin embargo hubo significancia estadística en relación a la fidelidad q aumento de 66.6% en la pre intervención a 84.4% luego de la intervención con un valor de  $p = 0.019$  y tener relaciones sin penetración se incremento de 9.1% a 26.5% en la pos intervención



siendo  $p=0.009$ . Al comparar nuestros datos con el estudio de *Leoni A*, sobre Conductas sexuales y riesgo de ITS, 2005, señala que solo un 30% de los adolescentes optaría por no tener relaciones sexuales, y un 8.8% tener relaciones pero sin penetración, ser fieles a sus parejas el 87.5%, por escoger bien a la misma un 70%, y usar condón en todas sus relaciones el 86.3% (38)

Con respecto a la pregunta: que aconsejaría a un amigo que tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos; en nuestro estudio no hubo significancia estadística, luego de la intervención, en cuanto al protegerse con el uso del condón al tener relaciones con desconocidos o poco conocidos que mostró un aumento del 92.4% en la pre intervención al 98.4%, el lavado genital luego de las relaciones sexuales se incrementó del 59.1% al 70.3 %, visitar al médico buscando orientación aumento del 72.1% en la pre intervención al 82.8% luego de la intervención, y no tener relaciones sexuales con desconocidos se incremento del 71.2% al 82.8% en la pos intervención; al relacionar nuestros datos con el estudio realizado por Vera L, en Bucaramanga-Colombia 1999, un 21% de las mujeres y un 76% de los hombres están de acuerdo con que es fácil tener relaciones sexuales con



amistades casuales. Igualmente, sólo 13% de las mujeres y el 45% de los hombres están de acuerdo con que no se debe desperdiciar la oportunidad de tener relaciones sexuales. (34)

Con respecto a las prácticas sexuales en nuestro estudio se pudo apreciar una disminución del 30.3% en la pre intervención al 29.6% en la pos intervención, en los estudiantes que referían no haber tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses, en cuanto al haber tenido relaciones con una a tres personas se observó un mínimo aumento del 65.1% al 65.6%, y con respecto al haber tenido relaciones sexuales con más de tres personas se obtuvo una variación mínima del 4.5% al 4.7%, mostrando todos estos resultados un valor de  $p= 0.795$ , es decir  $p>0.05$ , siendo no significativas estadísticamente luego de la intervención.

En un estudio realizado por José H. en La Habana – Cuba, 2000, se encontró que el 73,1 % de los estudiantes tuvo 3 y más parejas sexuales en un período menor de 1 año, y de ellos el 28,6 % tuvo 4 y más compañeros/as sexuales. (45). Tomando en cuenta el estudio realizado en Cuba, hay que notar la diferencia de los resultados obtenidos, allá se encuentra un porcentaje mucho más alto de más de tres





parejas sexuales por año, por el contrario en nuestro medio el porcentaje más alto es el de tener relaciones sexuales con 1 a 3 personas

A cerca del tipo de relaciones sexuales, pudimos observar en nuestro estudio, que el 71.6% practicaba relaciones heterosexuales, y el 6.2% relaciones homosexuales, y un mínimo porcentaje del 1.5% que en la pre intervención practicaban relaciones sexuales con ambos sexos; siendo todas ellas no significativamente representativas ya que su valor de  $p = >0.05$ .

En un estudio realizado por Angela R. en Bogotá Colombia en el año 2005, el 97% de los estudiantes encuestados manifestó haber tenido relaciones heterosexuales, siendo notable el alto porcentaje de esta práctica sexual al igual que en nuestra investigación. (39)

En relación con el tipo de coito los resultados encontrados en nuestro estudio, se obtuvo un aumento de personas que practicaban coito genital, de un 65.7% en la pre intervención a un 76.5% en la pos intervención con un valor de  $p=0,375$ ; se pudo apreciar una disminución de las prácticas de sexo oral de un 31.8% a un 23.4% y de sexo



anal se observó un mínimo aumento del 9.1% a un 9.3%, siendo sus valores de  $p > 0.05$ , y por lo tanto no significativos estadísticamente. Debemos recalcar que el coito genital aumentó en un porcentaje mucho mayor que el sexo oral y el sexo anal.

En el estudio realizado por Anibal V. en Lima, Perú, 2005. Se obtuvo que el 22 % de los encuestados tuvieron coito genital. (36)

Debemos tener en cuenta la clara diferencia en cuanto a las personas que practican coito genital, en nuestra investigación se presenta un alto porcentaje de personas que lo practican, por el contrario en el estudio realizado en Perú el porcentaje de personas que practican el coito genital es muy bajo.

En relación al uso habitual del preservativo, se puede observar un aumento significativo de las personas que usaban siempre el preservativo en sus relaciones sexuales del 28.8% en la pre intervención al 50% luego de la intervención, con un valor de  $p = 0,028$ ; se aprecia también un descenso en las personas que usaban el preservativo ocasionalmente de un 28.8% a un 20.3% y una disminución notable del porcentaje de personas que nunca usaban el preservativo que fue del 42.2% en la pre intervención al



26.6% en la pos intervención. Al comparar nuestros datos con el estudio realizado por René G. en La Habana – Cuba, 2006 se puede apreciar que existe una semejanza en cuanto al uso del preservativo, solo el 21,31% lo usaba siempre, el 49,18 ocasionalmente, y el 29,51 %, no lo usaba nunca. (40)

En cuanto al uso del condón en relaciones fortuitas, se puede apreciar q existe significancia estadística luego de la intervención con un valor de  $p = 0,018$ , incrementándose el porcentaje de personas q lo usaban siempre de 28.8% al 51.6% en la pos intervención, un descenso del 42.4% al 34.4% en los que lo usan de manera ocasional y así mismo una disminución del 28.8% en la pre intervención al 14.1% después de la intervención en las personas que no lo usaban nunca.

En un estudio realizado por Lina V. en Bucaramanga – Colombia, 2001, cuando se les preguntó por el uso del condón en las relaciones con personas diferentes a la pareja sexual estable, se obtuvo que el 13% no lo usa nunca, 43% lo usaba ocasionalmente y 44% lo usaba siempre. (34)



En cuanto a los resultados de las escalas de auto eficacia aplicadas A, B y C; Se puede apreciar en términos generales que la seguridad de los estudiantes aumentó de manera representativa, sin embargo no existe significancia estadística es decir  $p > 0.05$ .

Al hacer una comparación de nuestros resultados con el estudio realizado por Freire E. Cuenca, 2007 se puede encontrar que una persona tiene relaciones con personas desconocidas en la preintervención y el 27.9% ( $P < 0.002$ ) postintervención, el 14.8% ( $p > 0.05$ ) demuestran seguridad de negarse a las relaciones sexuales con una persona cuya historia de drogas es desconocida en la preintervención y de 38.2% ( $p < 0.05$ ) en la postintervención, el 47.0% ( $p > 0.05$ ) respondieron que estaban seguros de discutir sobre la prevención del SIDA con la novia/o en la preintervención y el 60.1 % ( $p < 0.05$ ) en la postintervención, el 62.4% respondieron que estaban seguros de usar correctamente el preservativo en la preintervención, y el 69.9% en la postintervención. (41)



## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1. CONCLUSIONES

- La intervención educativa incrementó el nivel de conocimiento de los estudiantes acerca de herpes, condiloma, SIDA, tricomoniasis, y clamidiasis, así mismo sobre las diferentes formas de transmisión y las diversas manifestaciones clínicas de las ITS/ VIH-SIDA.
- En cuanto a las actitudes, mejoró la actitud de los jóvenes de visitar al médico, de acudir a un hospital y en general de buscar ayuda en caso de padecer una ITS.
- En relación a las prácticas, aumentó el uso del condón como un recurso para prevenir el contagio de las ITS/ VIH-SIDA.
- En cuanto a las escalas de Auto eficacia, mejoró el autocontrol y la seguridad de los estudiantes de decir no a alguien cuya historia sexual es desconocida, y de alguien cuya historia de alcoholismo es desconocida.



## 7.2. RECOMENDACIONES

- Se debería impartir a los jóvenes desde etapas muy tempranas, conocimientos sobre las distintas ITS-VIH/SIDA y su respectiva prevención, con la ayuda de tutores profesionales de la salud, siendo la finalidad de que en un futuro los jóvenes sepan reaccionar correcta y oportunamente frente a circunstancias similares.
- Integrar en el currículo de los estudiantes de la Universidad un módulo de educación sexual y valores como parte de su formación



## CAPITULO VIII

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Yajamin, R. Información general del VIH/SIDA e ITS.  
Disponible en:  
[www.msp.gov.ec/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory &id=49&Itemid=142](http://www.msp.gov.ec/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=49&Itemid=142)
2. Brown TJ, Yen Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases part II. J Am Acad Dermatol 1999; 41: 661-71
3. UNAIDS 2008 Report on the Global AIDS epidemic  
Disponible en:  
<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>
4. OMS, Resumen del Análisis de situación y tendencia de salud  
Disponible en:  
[http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_218.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_218.htm)
5. OMS 2006, Concepto de Sexualidad.



Disponible en:

<http://aprendiendosexualidad.blogspot.com/>

6. OMS/FNUAP. Las prioridades de salud sexual y reproductiva reciben un espaldarazo al más alto nivel. Comunicado de prensa .2006.

Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr34/es/index.html>

7. Guía Nacional de Manejo de Enfermedades de Transmisión Sexual. Programa de Control de ETS y Sida, MINSA 1998. Infecciones de Trasmisión Sexual.

Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/dermatologia/v10\\_sup1/epidemiologia.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/dermatologia/v10_sup1/epidemiologia.htm)

8. Misterio de salud pública, programa nacional de control y prevención del VIH/SIDA e ITS, situación de la epidemia de vih/sida en el ecuador. periodo 2002-2008, número de casos *VIH* y *sida* notificados por año. *ecuador 1984-2008\**. \*\*personas. fallecid. *vih*. Razón de masculinidad en *VIH* y *SIDA*. *Ecuador 2002-2008\** .





Disponible en:

[www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informame\\_dia\\_mundial\\_sida.pdf](http://www.aebe.com.ec/data/files/noticias/Noticias2008/informame_dia_mundial_sida.pdf) -

9. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Disponible en:

<http://www.ops.org.bo-isi12604.pdf>

10. Contreras, N. Delgado, A. Iizarbe V. Vábar JC. Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes universitarios en la ciudad del Cusco. Abril - Agosto 97, Año V N° 10.

Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997\\_n10/sida.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/1997_n10/sida.htm)

11. Muñoz, N. Et al.. Epidemiología del Virus del Papiloma Humano, The New England Journal of Medicine, 348:6, February 6, 2003

Disponible en :

<http://www.geosalud.com/VPH/epivph.htm>



12. ONUSIDA- 2007 - Situación de la Epidemia de Sida. 2007

Disponible en:

[http://www.aaes.org.ar/Publica/ArticulosPublicaciones/ae\\_Onusida2007](http://www.aaes.org.ar/Publica/ArticulosPublicaciones/ae_Onusida2007).

13. OMS, Boletín Epidemiológico vol 25 nº 2, junio 2004

Disponible en:

[http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be\\_v25n2-perfil-ecuador.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-perfil-ecuador.htm)

14. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2006. MMWR 2006: 55 (No. RR-11)

15. Aneri, V. Bosh, R. Enfermedades de Trasmisión Sexual.

Disponible en:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/ets.pdf>



16. Sifilis. Manual para el control de las enfermedades transmisibles ED. 16. Washington. C. Abram Beneson Organización panamericana de la salud. Publicación científica N° 564. 1997; 416-423.  
Disponible en:  
[www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s079](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s079)
17. Zelusta, A. et al. An overview of sexually transmitted diseases part II. J Am Acad Dermatol 2000; 43:409-31
18. Krieger JN and Alderete JF. Trichomonas vaginalis and trichomoniasis. In: K. Holmes, P. Markh, P. Sparling et al (eds). Sexually Transmitted Diseases, 3rd Edition. New York: McGraw-Hill, 1999, 587-604.
19. Rodriguez, R. Condiloma Acuminado.  
Disponible en:  
[http://www.tuotromedico.com/temas/condiloma\\_acuminado.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/condiloma_acuminado.htm)
20. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydial Infection. Rockville, MD: Agency for



Healthcare Research and Quality; Update to published recommendation: Ann Intern Med. 2007;147:128-134.

Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001345.htm#Referencias>. Actualizado: 5/21/2008

21. García, I. Diferencias de género en el VIH/sida. Gac Sanit [serial on the Internet]. [cited 2008 Dec 11]. Available

Disponible en:

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000800007&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000800007&lng=en).doi: 10.1590/S0213-91112004000800007.

22. Fernández, S Juárez, O. Díez, E. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev. Esp. Salud Pública. [periódico en la Internet]. 1999 Nov [citado 2007 Nov 06] ; 73(6)

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000600004&lng=es&nrm=iso).



23. Rodríguez, JL. Martínez, C. Rubio, MJ. Un software multimedia para la prevención del SIDA en adolescentes. 1999.  
Disponible en:  
<http://greav.net/portal/files/1999/SIDA.pdf>
24. OPS/OMS. Comunicado de prensa. Los condones protegen contra el cáncer del cuello uterino.  
Disponible en:  
<http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=10131&SE=SN>
25. Alcántara, B. Hernández, G. CONASIDA. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS): otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. Revista SIDA-ETS. Agosto-octubre, 1997 Vol.3, No.3 PP. 63-67  
Disponible en:  
<http://www.salud.gob.mx/conasida/revista/1997>
26. Visconti, A. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL. Arch. Gin. Obstet. [online]. 2005, vol.43, no.3 [citado 28 Septiembre 2007], p.107-107.



Disponible en:

<[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext  
&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079708032005000300001&lng=es&nrm=iso)>.

ISSN

27. Becco G. VIGOTSKY Y LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN FINAL 2000.

Disponible en:

[http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina\\_nueva\\_165.htm](http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina_nueva_165.htm)

28. Albert Bandura: Voluntad científica.

Disponible en:

<http://www.des.emory.edu/>

29. Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993 Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale Auto-Eficacia Generalizada

Disponible en:

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/spanscal.htm>

30. Paulo, F. El Último Gran Pedagogo



Disponible en :

<http://educacion.idoneos.com/index.php/124370>

31. Hernández, JM. Toll, J. Díaz, A. y Castro, J. Intervención Educativa Sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual, Cuba – Habana, 2000.

Disponible en:

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_1\\_00/mgi07100.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi07100.htm)

32. González, F. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años, Cundinamarca – Colombia; Acta Colombiana de psicología 12, 59-68, 04

Disponible en:

<http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/n12/articulosrevista/art%205%20acta%2012.pdf>

33. Fatjo A, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en una cohorte de adolescentes. Cuba, 2002 Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext)



34. Vera, LN. López, N. Orozco, L. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes; Bucaramaga- Colombia; Trabajos Originales, Acta Médica Colombiana Vol. 26 N°1 ~ Enero/Febrero ~ 2001  
Disponible en:  
<http://www.universia.net.co/vih-sida/view-document/documento-241.html>
35. López N. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga en el 2005; Disponible en:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?I sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang =p&nextAction=lnk&exprSearch=358403&indexSearch =ID>
36. Vazquez, A. Efectos de un CD Multimedia en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en Colegios de Lima Metropolitana, Perú, 2005.  
Disponible en:





[http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?I  
sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lan  
g=p&nextAction=Ink&exprSearch=475309&indexSearc  
h=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?I<br/>sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lan<br/>g=p&nextAction=Ink&exprSearch=475309&indexSearc<br/>h=ID)

37. BERDASQUERA, D. LAZO, MA, GALINDO, M. et al. Sífilis: pasado y presente. Rev. Cubana Hig Epidemiol. [online]. Mayo-ago. 2004, vol.42, no.2 [citado 01 Octubre 2007], p.0-0.

Disponible en la World Wide Web:  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032004000200008&lng=es&nrm=iso)>.ISSN 1561-3003.

38. Leoni A, et al, Conductas sexuales y riesgo de infecciones de Transmisión sexual en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, 2005, 1Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. República Argentina.

Disponible en :

<http://www.uff.br/dst/revista17-2-2005/1-cindutas%20sexuales.pdf>



39. Ruiz, AM. Santos, C. Rodríguez, J. Ruiz, J. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria, Sogía, 2005. Disponible en:  
[http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3\\_sumario.pdf](http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3_sumario.pdf)
40. García, R. Alfaro, A. Vila, LE. Hernández, M. Mesquia, A, Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud, Habana – Cuba, 2006.  
Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_1\\_06/mgi03106.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.pdf)  
f
41. Freire Eulalia, Evaluación y modificación sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los conscriptos de los fuertes Dávalos y Portete de la ciudad de Cuenca frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), 2007



## **CAPITULO IX**

### **9. ANEXOS**

#### **ANEXO 1**

##### **Formulario**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS  
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA  
ESCUELA DE LENGUA y LITERATURA INGLESA DE LA  
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN, FRENTE A LAS INFECCIONES DE  
TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”, CUENCA, 2008**

Estoy entrevistando en la ciudad de Cuenca para averiguar sobre las infecciones de transmisión sexual. Le pido que conteste a las preguntas con toda sinceridad.

Confidencialidad: Las preguntas son completamente confidenciales, su honestidad en contestar estas preguntas



nos ayudará a comprender sobre lo que las personas conocen, piensan y los diferentes tipos de comportamientos.

## SECCIÓN I

### 01 NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

Fecha día   mes   año

### FUENTE-ESCUELA:

Artes escénicas ☐

Artes aplicadas ☐

	Pre intervención <input type="checkbox"/>	Pos intervención <input type="checkbox"/>
<b>RESULTADO</b>		
Número	Preguntas	Categorías de codificación
<b>SECCIÓN II</b>		
P01	¿En que día, mes y en que año	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



	nació?	
P02	¿Cuántos años tiene?	
P03	Genero	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
P04	Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
P05	Religión	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> T. de Jehová <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
P06		Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
<b>SECCIÓN III</b>		
P07	¿Qué infecciones de transmisión sexual conoce?	Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Herpes 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sifilis 1 Si <input type="checkbox"/>



		2 No <input type="checkbox"/> SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Tricomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Otras 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Señale cuales----- ----- -----
P08	¿Usted sabe cómo se transmiten estas infecciones?	Contacto sexual sin penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Contacto sexual con penetración 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Por una transfusión de sangre 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



		<p>De una madre infectada a su hijo por el embarazo, parto o lactancia</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A través del beso o el sudor</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P09	¿Usted sabe cómo se manifiestan las infecciones de transmisión sexual?	<p>Dolor el vientre bajo</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Secreción por los genitales externos</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Verrugas en genitales externos</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Manchas en la piel</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Inflamación de los ganglios</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras 1. Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>



		<input type="checkbox"/>
P10	Son curables estas infecciones?	<p>Sífilis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Condiloma 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Blenorragia o Gonorrea 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Clamidiasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Trichomoniasis 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P11	Si conociera a un amigo o (a) con una ITS. ¿A donde le recomendaría acudir para recibir atención?	<p>A un hospital cercano 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A una farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>A otro amigo o (a) para que le sugiera tratamiento 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>





		<p>Conversar con sus padres</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Otras</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Cuales _____</p> <p>_____</p>
P12	<p>Si un amigo o (a) tuviera una ITS; ¿Cuál sería su actitud?</p>	<p>Me alejaría de él o ella</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le ayudaría a curarse</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le diría que aprendió a hacer el amor 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Que es propio de la edad</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Le sugeriría visitar a su médico de familia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P13	<p>¿Qué le aconsejaría a sus amigo para no infectarse con una ITS?</p>	<p>Tener conocimientos sobre las infecciones</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones sexuales</p>



		<p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Fidelidad a su pareja</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Escoger bien la pareja</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Usar condón en todas las relaciones sexuales</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Tener relaciones sin penetración</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p>
P14	¿Qué sugerencia le daría a un amigo o (a) que le comunica tiene relaciones sexuales con desconocidos o poco conocidos?	<p>Protegerse con el uso del condón</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Lavar los genitales después de concluida la relación sexual</p> <p>1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/></p> <p>Visitar al médico buscando orientación</p>



		1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No tener relaciones sexuales con desconocidos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P16	¿A que edad inició su vida sexual?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años
P17	¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personas
P18	Ha tenido durante su vida relaciones sexuales con :	Personas del mismo sexo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas del sexo contrario



		1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Personas de ambos sexos 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P19	¿Qué tipo de hábito sexual utiliza durante sus relaciones sexuales?	Sexo oral    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Sexo anal    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Coito genital    1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P20	¿Ha padecido de alguna ITS?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Mencione cual o cuales _____ _____
P21	¿Conversa con su pareja sobre estas infecciones?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P22	¿Ha tenido relaciones	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>



	sexuales en estado de embriaguez o bajo los efectos de sustancias afrodisíacas?	
P23	¿Utiliza condón en tus relaciones habituales con tu pareja?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>
P24	Si no lo ha utilizado. ¿Por qué?	Disminuye la sensibilidad 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> No se utilizarlo 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Me da pena negociarlo con mi pareja 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Siento vergüenza al adquirirlo en la farmacia 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/> Considero que mi pareja es estable



		1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P25	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o poco conocidas?	1 Si <input type="checkbox"/> 2 No <input type="checkbox"/>
P26	¿Ha utilizado el condón en relaciones fortuitas?	1. Siempre <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3. Nunca <input type="checkbox"/>

## **SECCIÓN V I: ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27**

**A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a encerrar en un círculo según el grado de seguridad que creas tener**

	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
<b>A) ¿Qué tan seguro está de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?</b>					
<b>1. Alguien conocido hace 30 días o menos</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?</b>	4	4	4	4	4
<b>5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?</b>	5	5	5	5	5
<b>6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales</b>	6	6	6	6	6
<b>7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti</b>	7	7	7	7	7
<b>8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales</b>	8	8	8	8	8
<b>9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol</b>	9	9	9	9	9
<b>10. Alguien con quien has estado utilizando drogas</b>	10	10	10	10	10
<b>11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto</b>	11	11	11	11	11



	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalme nte seguro</b>
<b>B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de</b>					
<b>1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?</b>	4	4	4	4	4





	<b>Nada seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio seguro</b>	<b>Muy seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
<b>C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de....</b>					
<b>1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?</b>	1	1	1	1	1
<b>2. Usar correctamente el condón</b>	2	2	2	2	2
<b>3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?</b>	3	3	3	3	3
<b>4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga?</b>	4	4	4	4	4
<b>5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?</b>	5	5	5	5	5
<b>6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?</b>	6	6	6	6	6
<b>7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?</b>	7	7	7	7	7
<b>8. Acudir a la tienda a comprar condones?</b>	8	8	8	8	8
<b>9. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?</b>	10	10	10	10	10
<b>10. Platicar con tu papá sobre temas sexuales</b>	11	11	11	11	11
<b>11. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales</b>	12	12	12	12	12



## **Clave de calificación:**

### **Conocimientos**

Pregunta 07 (puntuación final para la pregunta entre 11 y 10)

Conocimiento de las ITSs

Si reconoce:

Sífilis: 2 puntos

Gonorrea: 2 puntos

SIDA: 2 puntos

Condiloma: 1 punto

Trichomona: 1 punto

Clamidia: 1 punto

Herpes: 1

Otras relacionadas: 1 punto

Pregunta 08. Puntuación final 12 y -2

Conocimiento de las vías de transmisión de las ITSs

Si reconoce:

Contacto con penetración: 3 puntos

Materna: 3 puntos

Transfusión: 3 puntos

Otra con relación: 1 punto

Si reconoce:



Beso, sudor: -2 puntos

Contacto sexual sin penetración: 2 puntos

Pregunta 09. Puntuación final 10 y -2

Conocimiento de los síntomas y signos de las ITS

Si reconoce:

Secreción: 2 puntos

Dolor: 2 puntos

Verrugas: 2 puntos

Inflamación: 1 punto

Manchas: 1 punto

Otras relacionadas: 2 puntos

Otras no relacionadas: -2 puntos

Pregunta 10. Puntuación final entre 10 y -3

Conocimiento sobre curación de las ITS

Si reconoce:

Sífilis: 3 puntos

Tricomona: 2 puntos

Blenorragia: 3 puntos

Clamidia: 2 puntos

SIDA: -2 puntos

Condiloma: -1 punto



## **Actitudes**

### Pregunta 11. Puntuación final entre 10 y menos 3

Recomendación a donde debe acudir un amigo(a) que padece una ITS

Si reconoce:

Médico Familia: 3 puntos

Hospital: 3 puntos

Conversar padres: 3 puntos

Otros relacionados: 1 punto

Si reconoce:

Farmacia: -1 punto

Otro amigo: -1 punto

Otros no relacionados: -1 punto

### Pregunta 12. Puntuación final por pregunta de 10 y menos

6

Actitud ante un amigo con una ITS

Si reconoce:

Acudir a médico de familia: 6 puntos

Ayudar a curarse: 4 puntos

Aleja: -2 puntos

Aprender a hacer el amor: -2 puntos

Propio de la edad: -2 puntos



Pregunta 13. Puntuación final entre 10 y menos 1 punto

Recomendación a un amigos para no infectarse con una ITS

Si reconoce:

Uso del condón: 3 puntos

Fidelidad a la pareja: 3 puntos

Contacto sin penetración: 2 puntos

Conocimiento: 1 punto

Escoger bien: 1 punto

No relación: -1 punto

Pregunta 14. Puntuación final entre 10 y cero

Recomendaciones a un amigo(a) que mantiene relaciones con desconocidos

Si reconoce:

Protegerse condón: 3 puntos

No relación con desconocidos: 3 puntos

Lavarse genitales: 2 puntos

Visitar al médico: 2 puntos



## **Prácticas**

### Pregunta 15

No se evalúa.

### Pregunta 16

No se evalúa

### Pregunta 17. Puntuación final entre 10 y 4

Relaciones sexuales en los últimos 12 meses: número de parejas

1 persona: 4 puntos

2 personas: 6 puntos

Más de 2 personas: 10 puntos

### Pregunta 18. Puntuación final entre 10 puntos y 4

Relaciones heterosexuales, bisexuales, homosexuales

Personas del sexo contrario: 4 puntos

Personas de ambos sexos: 6 puntos

Personas del mismo sexo: 10 puntos

### Pregunta 19. Puntuación final entre 10 y uno

Tipo de práctica sexual



Anal: 5 puntos

Genital: 4 puntos

Sexo oral: 1 puntos

Pregunta 20. Puntuación final entre 10 y cero puntos

Padecimiento de ITS

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 21. Puntuación final entre 10 y cero

Conversar con la pareja sobre ITS

Si: 0 puntos

No: 10 puntos

Pregunta 22. Puntuación final entre 10 y cero

Relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras sustancias

No: 0 puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 23: puntuación final entre 8 y 4 puntos

Uso del preservativo



Si siempre: 4 puntos

Si ocasionalmente: 6 puntos

Si nunca: 8 puntos

Pregunta 25.

Relaciones sexuales con desconocidos

No: 0 puntos puntuación final entre 10 puntos y cero puntos

Si: 10 puntos

Pregunta 26. Puntuación final entre 10 y 4 puntos

Uso del preservativo en relaciones sexuales con desconocidos

Siempre: 4 puntos

Ocasionalmente: 6 puntos

Nunca: 10 puntos





## **ANEXO Nº 2**

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN “EVALUACIÓN Y MODIFICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE LENGUA Y LITERATURA INGLESA, FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, FRENTE A LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA”**

Cuenca, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, del 2009.

COMPAÑERO/A:

Nos proponemos realizar una investigación sobre las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, en la cual se realizarán encuestas para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA de los estudiantes, además se les dará intervenciones (charlas) sobre los conocimientos de la Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, para posteriormente realizar un nuevo cuestionario.



Dicha investigación es importante, debido a que siendo los jóvenes el grupo más vulnerable para contraer Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, se debe conocer lo que saben sobre estas infecciones, para así poder prevenirlas y proteger a la comunidad en general. Esta investigación no conlleva ningún riesgo para la salud física y mental, no tiene costo alguno ni gratificación económica para los investigadores y nos servirá para continuar con posteriores investigaciones.

Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio si así lo creyera conveniente.

La información es estrictamente confidencial y será conocida únicamente por los investigadores.

Una vez concluida la investigación, los resultados serán socializados para conocimiento institucional y para los implicados en el estudio.

Por medio de la presente acepto participar en el estudio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Asistir a las conferencias y reuniones que en total serán seis con una duración de una hora cada una. Además contestaré dos cuestionarios de preguntas.



Declaro que se me ha informado sobre beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- Conocer qué saben los jóvenes sobre las infecciones de transmisión sexual
- Mejorar las estrategias educativas en prevención de las infecciones de transmisión sexual
- Facilitarme los conocimientos.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de los investigadores



## ANEXO Nº 3

### DE LA INTERVENCIÓN

#### Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

##### Objetivos.

- Aportar **conocimientos básicos** en materia de Infecciones de Transmisión Sexual **(ITS)**
- Aprender a **reconocer los primeros síntomas** de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de **buscar siempre ayuda médica** cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.
- Impartir valores

#### 1. Conferencia en Power point sobre las ITS: duración 2 horas

##### 1.1 Sexualidad Sana. Valores humanos.

##### 1.2 Anatomía



### 1.3 Infecciones de Transmisión sexual

### 1.4 Uso correcto del preservativo

## **2. Actividades.**

### **Actividad 1: *Errores que se cometen.***

#### Objetivo

Detectar las conductas inadecuadas que se dan durante las relaciones sexuales en una historia supuesta.

#### Método

Análisis de una historia en grupo de 10 personas, durante seis minutos, se describen las conductas inadecuadas que realizan los protagonistas de la historia para, posteriormente, hacer una puesta en común.

#### Procedimiento

Un portavoz de cada grupo narra la historia:

*Juan, Pedro y María, acuden a la cruz roja, a donar sangre . Al cabo de unos días, María recibe una llamada, para comunicarle que tiene en la sangre una infección de transmisión sexual y le recomiendan que acuda a su centro de salud para estudio.*



*Una vez en la consulta, el médico le pregunta si ha notado alguna molestia en sus genitales, y si ha tenido alguna relación sexual en la que no ha usado el preservativo. Es entonces, cuando María recuerda que hace unos meses mantuvo una relación sexual con un antiguo novio sin preservativo, que coincidió con ella en una fiesta de la universidad, y un mes más tarde notó que tenía una pequeña herida en los labios mayores, a la que no le dio importancia porque no le dolía y desapareció sola. Posteriormente, ha iniciado una relación estable y como protección usa píldoras anticonceptivas.*

*El médico, le confirma que tiene una infección de transmisión sexual y le pone el tratamiento. Le recomienda que le diga a su novio y a su amigo, que acudan a su médico, para examinarlos a ellos también.*

*María, no le comenta nada ni a su novio, ni a su amigo, y ella tampoco acude al control de curación.*

***Las conductas inadecuadas serían:*** tener relaciones sexuales con penetración sin preservativo, no dar importancia a una herida en genitales, iniciar una



relación después de una práctica de riesgo y no utilizar preservativo, utilizar las píldoras anticonceptivas como un método de protección, no comunicar a su novio y a su amigo que acudan a su médico y no ir ella al control de curación.

### Materiales

Fotocopias de la historia

Duración 1 hora

## **Actividad 2: Mi responsabilidad, tu responsabilidad, nuestra responsabilidad.**

### Objetivo

Atribuir responsabilidades a cada uno de los protagonistas de la historia.

### Método

Análisis de la historia.

### Procedimiento:

Un portavoz del grupo narra la historia para posteriormente, en una escala del 1 al 3, valorar el grado de responsabilidad que ha tenido cada uno de sus protagonistas.



*Carolina y Javi estaban enamorados. Nunca habían tenido relaciones sexuales completas entre ellos ni con ninguna otra persona. Se divertían mucho juntos y se lo estaban tomando con calma. En verano, Carolina decidió irse a trabajar a otra ciudad. Planearon escribirse, hablar por teléfono y continuar con su relación*

*Carolina conoció a Dani, un chico atractivo y con mucha experiencia que consideraba que el sexo, en una relación, es prioritario. Carolina no lo tenía muy claro pero al final tuvieron relaciones con penetración. A pesar de su insistencia en que utilizaran preservativos, la mayoría de las veces Dani no los tenía a mano. . Su historia duró todo el verano. Pero cuando estaban terminando las vacaciones Dani le dijo que era el final. Tenía otros planes de vuelta al colegio.*

*Carolina volvió a casa confusa, se sentía culpable e incapaz de contar a Javi su veraniega historia. Pasados unos días Dani la llamó para decirle que tenía verrugas en el pene y que era importante que visitara a su médico. Se asustó mucho y espero unas*





*semanas, durante las cuales se exploraba obsesivamente. No ocurrió nada y pensó que afortunadamente no se había contagiado.*

*Mientras, había reiniciado su relación con Javi. Decidieron que era el momento de tener relaciones coitales. Carolina insistió mucho en que debían utilizar preservativo, a lo que Javi se negó, argumentando que los preservativos eran para gente con múltiples relaciones y que ese no era su caso. Además Carolina utilizaba anticonceptivos orales por trastornos de la regla, así que estaba garantizado que no se quedaría embarazada.*

*Intentó hablar con su madre. Le dijo que una compañera suya podría tener una infección de transmisión sexual. Su madre, antes de que terminara, ya estaba descalificando a su compañera sugiriendo que eso le ocurría por tener relaciones con uno y con otro. Carolina no insistió.*

*Lo comentó con dos de sus mejores amigas pero a pesar de querer ayudarla desconocían cómo.*

*Esperó a que su profesor abordara el tema en unas clases programadas para tratar sobre infecciones de*



*transmisión sexual, pero no parecía muy cómodo hablando de sexo y era de la opinión de que esos temas debían tratarse en casa, ya que si los exponía él podría tener problemas y se le podría achacar que inducía a sus alumnos a tener relaciones sexuales.*

### **Grado de responsabilidad:**

1                                      ninguna                                      responsabilidad  
 2                                      algo                                      de                                      responsabilidad  
 3 mucha responsabilidad

Carolina-----	1	2	3
Dani-----	1	2	3
Javi-----	1	2	3
Madre-----	1	2	3
Amigas-----	1	2	3
Profesor-----	1	2	3

### **Materiales**

Fotocopias de la historia.



## Pasos para el uso correcto del preservativo

*“Te pueden decir que es incómodo, que quita placer, que corta la relación y otras cosas por el estilo pero hoy en día, los preservativos están hechos de un material muy fino y suave... que apenas se notan”*

1. adquiere preservativos de calidad que estén **homologados**.
2. comprueba siempre la **fecha de caducidad**.
3. **protégelos** del sol, el calor y la humedad porque se pueden deteriorar.
4. **abre el envoltorio con cuidado**, asegúrate de no romper el preservativo. ¡Cuidado con uñas, dientes y anillos!
5. coloca el preservativo **antes de cualquier contacto genital** con o sin penetración y recuerda que también con el sexo oral debes protegerte ¡ah! Si utilizas lubricantes procura que sea de base de agua, nunca grasos ya que pueden romper el preservativo.
6. sin soltar la punta del preservativo desenróllalo a lo largo hasta que cubra la totalidad del pene.



7. después de la eyaculación y **antes de que el pene pierda su erección**, retíralo sujetando el preservativo por la base.

8. después de quitarte el preservativo, hazle un nudo y **tíralo a la basura**

9. usa un preservativo nuevo en cada relación sexual

10. no esperes a última hora. Ten siempre un preservativo a mano. Los puedes comprar en farmacias o supermercados.

1hora

Sociodrama: 1 hora

TOTAL INTERVENCIÓN: 6 horas



## ANEXO Nº 4

### MANUAL “LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL”

#### Objetivos

- Aportar **conocimientos básicos** en materia de Infecciones de Transmisión Sexual **(ITS)**
- Aprender a **reconocer los primeros síntomas** de estas infecciones.
- Concienciar de la necesidad de **buscar siempre ayuda médica** cuando aparezcan los primeros síntomas.
- Fomentar el uso correcto del preservativo.

#### **Introducción**

La OMS, definió la SEXUALIDAD SANA como “La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal. La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, de culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores



psicológicos que inhiban la reactividad sexual o perturben las relaciones sexuales”.

Supone la integración de elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del individuo, por medios que le sean enriquecedores y que potencien su personalidad, su comunicación con los otros y el amor.

Se trata de un conjunto de manifestaciones psíquicas y físicas del ser humano, entendido como un ser indivisible BIO-PSICO-SOCIAL, en constante transformación, y en estrecha relación con la madurez orgánica y las condiciones socioculturales en las que se desenvuelve.

### **Una sexualidad sana, implica:**



La valoración positiva y aceptación del propio cuerpo, lo que contribuye a mejorar nuestra autoestima y nuestras relaciones interpersonales.

Una concepción desinhibida, afectuosa y lúdica de la sexualidad, sabiendo que todos somos diferentes, y siendo

capaces de expresar nuestros deseos y respetar los de los demás.

Un conocimiento completo de uso de la sexualidad, en su parte tanto reproductiva como de dar y recibir placer.

## **Anatomía genital**

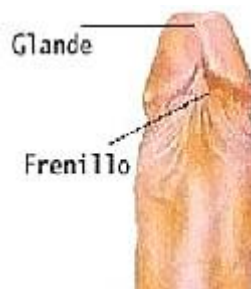
### **Anatomía genital masculina**

La anatomía genital masculina, a diferencia de la femenina, es básicamente externa.

Pene:

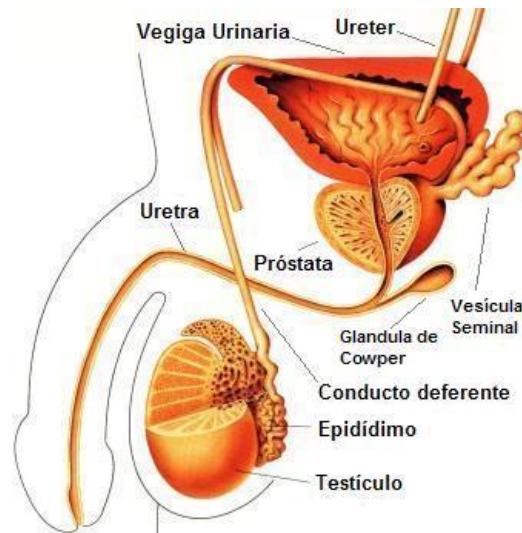
Es el órgano usado para la cópula y para la micción. Está formado por dos cuerpos cavernosos laterales y el cuerpo esponjoso, que es central y a través de él pasa la uretra. Estas tres estructuras son las que al llenarse de sangre durante la excitación producen la erección.

La parte anterior del pene se llama glánde y la piel que lo recubre se llama prepucio. Esta piel es la que se corta cuando se hace la circuncisión.



Escroto:

Es el saco de piel, donde anidan los testículos



En el interior de la pelvis del hombre están las vesículas seminales. Estas, durante la salida de los espermatozoides, aportan un líquido que, junto a los espermatozoides y el líquido de la próstata, forman el semen. Las vías espermáticas, son las vías de excreción de los espermatozoides que conectan los testículos con el pene. Estos conductos son, conductos eferentes, epidídimo y conductos deferentes que desembocan dentro de la pelvis en el conducto eyaculador que desemboca en la uretra antes de que pase por la próstata.



También son importantes, en todo el proceso, las glándulas de Cowper o de Mery-Cowper. Excretan un líquido que sirve para limpiar la uretra antes de la eyaculación ya que el ph de la orina es perjudicial para los espermatozoides.

La principal hormona masculina es la testosterona.

## **Anatomía genital Femenina**

**En la anatomía genital femenina se diferencian los genitales externos y los internos.**



### ***Genitales externos***

La vulva, formada por:

En la parte anterior, el Monte de Venus, es un acumulo adiposo situado sobre el hueso del pubis y esta cubierto de vello.



Los labios mayores, son 2 grandes pliegues de piel que delimitan la hendidura vulvar. Tienen mayor pigmentación de la piel y están recubiertos de vello.

Los labios menores, están situados dentro de los labios mayores, formados por piel que se asemejan a una mucosa. No tienen vello y sí glándulas sebáceas para mantener la humedad dentro de la vulva. Su extremidad anterior se desdobra en dos pliegues que rodean al clítoris y forman por encima de este órgano un capuchón que lo protege.

El clítoris es un órgano muy vascularizado con capacidad para la erección y su estimulación produce sensaciones de intenso placer.

El Vestíbulo, es la zona delimitada por los labios menores, donde desembocan la uretra y la vagina. A ambos lados de la vagina están los conductos por donde desembocan las glándulas de Bartholino.

Alrededor del meato urinario se encuentra la desembocadura de diversas glándulas uretrales, las más importantes son las de Skenen.



La desembocadura de la vagina hacia el exterior está delimitada por un pliegue que la estrecha y que se llama himen.

### ***Genitales Internos***

#### La vagina

Es un conducto cilíndrico que va desde la vulva hasta el cuello del útero, está cubierta por mucosa y formada por músculos. La zona más sensible de la vagina esta localizada en el tercio anterior de esta. La mayor parte del tiempo es una cavidad virtual con una gran elasticidad, es capaz de albergar desde un dedo, un pene, un especulo o la cabeza y el cuerpo de un recién nacido durante el parto. También permite la salida de la sangre durante la menstruación.

#### El útero:

Es un órgano muscular hueco, situado sobre la vejiga urinaria y el recto. La cavidad uterina está recubierta del endometrio que es un tejido especial que permite el anidamiento del embrión, cuando se ha producido la

fecundación del óvulo. En el útero se recibe al óvulo fecundado. El porvenir del embrión en desarrollo va a depender de la adecuada maduración del endometrio y de la capacidad de crecimiento del útero.

La parte inferior del útero se llama cérvix o cuello del útero. Este se comunica con la vagina y el cuerpo del útero a través del canal cervical que está revestido de glándulas a las que se llaman criptas endocervicales. Estas glándulas producen moco cervical bajo la influencia de los estrógenos. Los espermatozoides dependen del moco cervical para su supervivencia y su transporte dentro del útero.

En los ovarios se contiene la dotación de ovocitos que van a madurar a lo largo del ciclo fértil de la vida de las mujeres. El óvulo es la célula reproductora de la mujer.

Las trompas de Falopio son formaciones tubáricas que comunican los ovarios con el útero.





Las principales hormonas femeninas son los estrógenos y la progesterona.

## **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).**

### **Introducción.**

Cuando preguntamos a los jóvenes por las infecciones de transmisión sexual sus conocimientos, normalmente, abarcan el SIDA y en algunos casos la sífilis y la gonorrea pero desconocen muchas otras producidas por múltiples gérmenes.

Hay ITS cuya transmisión se produce por contacto sexual con una persona infectada, como la gonorrea, herpes genital, chlamydias, etc.... Otras tienen diferentes vías de transmisión, como el VIH/ SIDA y las hepatitis víricas, que se transmiten a través de la sangre, semen y flujo vaginal.

Además existen infecciones como la sarna y la pediculosis del pubis (ladillas), que pueden ser adquiridas también, además del contacto directo, por contacto con ropas u objetos contaminados.



## ¿Qué son las ITS?

Son infecciones cuya transmisión se realiza, fundamentalmente, a través de las relaciones sexuales (orales, vaginales o anales) mantenidas con una persona infectada o enferma.

Los gérmenes causantes de las ITS tienen muy poca resistencia al medio ambiente exterior, muriendo rápidamente en contacto con el mismo (con excepción de los ácaros de la sarna y las ladillas).

La creencia de que este tipo de enfermedades se transmiten por baños públicos, piscinas, etc. es errónea.

## ¿Son muy frecuentes?

Las ITS han aumentado considerablemente. Las razones son entre otras: un comienzo más precoz



de las relaciones sexuales, el turismo y mayor movilidad geográfica, la escasa información y formación sexual, la carencia de centros especializados etc. Sin embargo, no se conocen las cifras exactas ya que, por un lado no todos los



casos se declaran, debido a que muchas personas se auto medican sin acudir al médico, se tratan por los consejos de un amigo, un farmacéutico o sanitarios no médicos y, por otro, muchas de estas infecciones no son de declaración obligatoria, como las infecciones de origen vírico (verrugas genitales o herpes genital) que precisamente son las que más han aumentado en los últimos años.

Algunos autores sugieren que las cifras oficiales de que disponemos sean multiplicadas, en algunos casos por 10 y en otros por 30, dependiendo del rigor de la declaración, para estimar el alcance de las ITS.

## **Complicaciones**

Al principio estas infecciones, tratándolas de forma adecuada, curan fácil y rápidamente. Sin embargo, si se les deja evolucionar sin control, pueden producir consecuencias muy graves tales como esterilidad, cáncer, lesiones cardíacas, enfermedades del sistema nervioso, abortos, malformaciones fetales, etc.



## Inmunidad

A diferencia de otras enfermedades infecciosas (como el sarampión, la rubeola, la varicela, etc. que se padecen una vez en la vida), la mayoría de las ITS se pueden adquirir tantas veces como se tenga contacto sexual con personas infectadas. El motivo es que estas enfermedades, en su gran mayoría, no crean defensas.

### ***¿Cómo se manifiestan las ITS?***

Las manifestaciones clínicas de estas enfermedades son muy variables. En general los signos de presentación más frecuentes son:

- Supuración uretral
- Flujo vaginal
- Úlceras genitales
- Condilomas o verrugas genitales
- Inflamación del glande (balanitis)





## Otros síntomas

En ocasiones pueden presentarse al principio otros síntomas, como manchas en la piel, molestias al orinar, dolores en las articulaciones o supuración por el recto.

## Complicaciones

También es posible que se manifiesten directamente por sus complicaciones, como dolor abdominal bajo, dolores en los testículos etc.

## Sin sintomatología

Por último pueden cursar sin sintomatología al principio de la infección o bien pasar desapercibida, como en las hepatitis víricas o el VIH.

## Supuración uretral

Es la queja más común de los varones con una infección de transmisión sexual, y puede estar producida por varios gérmenes, siendo los más comunes los *gonococos*, las *chlamydias* o el *ureaplasma* y, según cual sea el causante de la infección, variará la sintomatología.



La uretritis por *gonococos* tendrá un período de incubación más corto. Aparecerá una secreción abundante purulenta dos ó tres días después de haber tenido el contacto.



La uretritis producida por *chlamydias* o por el *ureaplasma* producirá una secreción blanca o mucosa de una a tres semanas después del contacto.

En general el paciente con una uretritis se queja de que le sale pus por el pene y tiene molestias al orinar.

### **Diagnóstico:**

Se hace una toma de la supuración y se analiza con el fin de instaurar el tratamiento **específico**, según sea el germen que la está produciendo.

### **Tratamiento:**

Si se ha hecho un diagnóstico precoz y correcto y se ha llevado bien el tratamiento, la mayoría de los casos curan sin secuelas.



## Complicaciones:

Si la enfermedad no se trata, o se trata mal, pueden surgir graves complicaciones tales como:

- Esterilidad, por estrechamiento de la uretra.
- Inflamación de la próstata, de las vesículas seminales, testículos, de la vejiga... etc.

La aparición de supuración por la uretra puede ser indicativo de Infección de Transmisión Sexual.

## Flujo vaginal

El flujo vaginal que aparece cuando hay una ITS es de **color, olor y cantidad anormal**.

Puede estar producido, como la secreción uretral, por varios gérmenes: como el *gonococo*, las *chlamydias*, las *trichomonas*, las *cándidas* (hongos) o la *gardnerella vaginalis*, entre otros. Todos estos gérmenes producen flujo, pero variarán sus características según sea uno u otro el causante de la infección.

Los *gonococos* y las *chlamydias* dan lugar a un flujo similar, amarillo o verdoso con molestias al orinar. Aunque en ocasiones estas últimas pueden ser asintomáticas.

Las *trichomonas* causan un flujo espumoso, amarillento y de mal olor que se acompaña de intenso picor.

En las *candidiasis* (hongos) el flujo es blanco y espeso (leche cortada), también acompañado de intenso picor.



En general la mujer con flujo causado por una ITS se quejará de manchas en su ropa interior, flujo, picazón, molestias al orinar, enrojecimiento o hinchazón de la vulva y dolor abdominal bajo.

### **Diagnóstico:**

Debe hacerse una toma del flujo y analizarlo para detectar qué germen lo está produciendo.

### **Tratamiento:**

Tras un diagnóstico precoz y correcto el tratamiento es sencillo y la curación es sin secuelas.



Siempre deberá hacerse un control de curación analítico post tratamiento.

### **Complicaciones:**

Cuando las infecciones por *gonococos* y *chlamydias* se dejan evolucionar sin tratamiento, pueden producir una enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad, embarazos ectópicos (extrauterinos), infecciones en las trompas de Falopio, ovarios...etc.

Los hijos recién nacidos de las mujeres infectadas, al pasar por el canal del parto pueden infectarse y padecer una ceguera. En la actualidad se previene esta enfermedad administrando tratamiento a todos los recién nacidos.

Un flujo de color, olor, y cantidad anormal puede ser indicativo de Infección de Transmisión Sexual

A veces el primer síntoma de una ITS es la enfermedad inflamatoria pélvica, que debuta con dolor abdominal bajo y que puede terminar en una peritonitis. El motivo de esto es que la infección, localizada en un principio en la vagina, puede extenderse por vía ascendente y afectar al cuello del útero, las trompas de Falopio y al peritoneo.



La enfermedad inflamatoria pélvica deja como secuelas dolor pélvico crónico, esterilidad y un mayor riesgo de embarazos ectópicos (extrauterinos).

## Úlceras

Casi siempre, pasada una semana del contacto sexual infectante y no más de cuatro, aparece en genitales una o varias úlceras (llagas) que puede ser dolorosa o no y que en algunos casos se acompaña de ganglios en la ingle. Las causas de estas úlceras son gérmenes de distintos tipos.

Cuando las heridas son duras e indoloras a menudo es una

## Sífilis.

Si son dolorosas y sangrantes frecuentemente será un **Chancro blando**.

La presencia de lesiones vesiculares, como bolsistas de agua que posteriormente se rompen dejando erosiones en la piel, indicará que se trata de un

**Herpes genital**. En este caso, las lesiones desaparecerán tras el tratamiento y podrán volver a





aparecer sin necesidad de un nuevo contacto sexual. Es pues una infección recidivante (que repite).

Los varones se quejarán de la aparición de una o varias úlceras en el pene o en los testículos. En las mujeres las lesiones pasan desapercibidas en ocasiones, debido a que pueden aparecer en el interior de la vagina, no dando molestias en muchos de los casos. Estas lesiones aparecen también en la boca, después de las relaciones sexuales oro-genitales.

## **Diagnóstico y Tratamiento**

El examen médico, junto con el análisis de sangre y una toma de la secreción de la úlcera, permitirán un diagnóstico correcto.

Como en la mayoría de las ITS, el diagnóstico y el tratamiento precoz, con el consiguiente control de curación, terminarán con la infección sin secuelas.

En el caso del herpes genital no habrá un tratamiento curativo, pero sí se podrá disminuir la aparición de nuevos brotes y aliviar la sintomatología. Asimismo, la mujer



deberá hacerse una citología anual para controlar una posible degeneración de las células del cuello de útero.

En la sífilis durante los primeros meses de embarazo, si se detecta la infección y se instaura el tratamiento es posible la curación de la madre y el feto.

## Complicaciones

Las úlceras de sífilis , si el paciente no acude al médico, desaparecen sin tratamiento, **pero no han curado**. El germen pasa a la sangre y la infección continúa dando graves complicaciones, infectando seriamente al corazón, cerebro y médula espinal. Además, la mujer gestante con sífilis puede transmitirla al feto a través de la placenta, produciendo abortos, muerte intraútero, afecciones óseas, oculares, nerviosas, etc.

En ocasiones la úlcera puede desaparecer sin tratamiento, pero la enfermedad no se ha curado y continúa su evolución.

El herpes genital puede dar complicaciones. Hay un aumento de la aparición del cáncer de cuello de útero en las pacientes que lo han padecido.





## Balanitis

Es la inflamación del glande. El paciente con una balanitis se queja de hinchazón, punteado rojizo, secreción superficial (que no viene de la uretra) y picazón en el glande y prepucio.

Raras veces es una infección grave y, en la mayoría de los casos, es consecuencia de un contacto sexual con una persona que no muestra señales de infección pero que puede tener una candidiasis (Hongo) o flujo vaginal patológico.



## Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico se hará tras un examen médico y estudio microbiológico

El tratamiento se hará en función del germen que lo produzca.

## Condilomas o verrugas

Los condilomas o verrugas genitales se manifiestan como protuberancias del color de la piel, con una superficie parecida a la de una coliflor, en los genitales o alrededor del ano. En ocasiones se localizan dentro de la boca, como resultado de un contacto oro genital

Están producidas por el virus HPV ( Virus del papiloma humano).

Una parte importante de estas infecciones aparecen sin síntomas y tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores y vehículos de las mismas.



Esa infección cuando aparece en el cuello del útero puede malignizarse y producir cáncer del cuello del útero.

Es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la mayoría de los países en la actualidad.



Aunque el diagnóstico de estas lesiones es relativamente fácil cuando aparecen las lesiones, la posible presencia de infección por HPV hace necesario un exhaustivo estudio del cuello del útero, vagina, vulva, uretra, perineo y ano. Siendo recomendable el estudio de la pareja o parejas sexuales por el especialista.

### ***Otras I.T.S que no siempre son por contacto sexual***

#### **Pediculosis pubis**

La infestación por el piojo púbico (ladillas) es a menudo por contacto sexual, pasando los piojos del vello púbico de una persona al vello púbico o cercano de su pareja, aunque también puede ser adquirida a través de objetos contaminados: ropa de cama, ropa interior, toallas, etc.

El piojo pone sus huevos en el vello púbico, pudiendo extenderse hacia el vello del pecho y las axilas.

El síntoma más común es la picazón.

El diagnóstico generalmente es fácil y cura con un tratamiento adecuado. No suele haber complicaciones.



## Sarna

La sarna es una enfermedad contagiosa común causada por el ácaro parasitario *Sarcoptes Scabiei*. El contacto sexual es la forma más común de transmisión, aunque también puede adquirirse a través de objetos contaminados (ropa de cama, ropa interior, etc.).

El síntoma más común es la picazón, que empeora por la noche con el calor de la cama. Las lesiones suelen aparecer en pene, escroto, mamas, parte interna de los muslos, vulva, codos, muñecas y entre los dedos.

Una vez diagnosticado, el tratamiento es sencillo y cura sin complicaciones.

## Hepatitis víricas

Es la inflamación del hígado causada por una infección vírica.

Casi todos los virus capaces de producir hepatitis pueden ser transmitidos por contacto sexual, sobre todo en las relaciones oro-anales. Sin embargo existen otras vías de transmisión: la vía sanguínea (intercambio de jeringuillas,



inoculación accidental de material contaminado en medio sanitario) y la vía vertical (paso del virus de la madre al feto).

La mayoría de las veces la infección aguda (hepatitis vírica) cursa sin sintomatología, aumentando el riesgo de la transmisión a otra persona.

La sintomatología que aparece es malestar general, anorexia, vómitos, náuseas y mialgias. Pero en la mayoría de las ocasiones la infección aguda cursa sin sintomatología, siendo entonces mayor el riesgo de transmitir el virus de la hepatitis. La evolución de la enfermedad puede ser hacia la curación o hacia la cronificación, produciendo entonces hepatitis crónica, cirrosis hepática o carcinoma de hígado. Los portadores crónicos de hepatitis son la fuente de infección más importante de esta enfermedad.

También, la hepatitis puede evolucionar hacia una Hepatitis Fulminante que conduce al fallecimiento del paciente de forma rápida.



## **Diagnóstico**

Se realiza a través de un análisis específico de sangre.

## **Tratamiento**

No se dispone de tratamiento específico curativo por el momento.

## **SIDA**

El SIDA es una manifestación tardía de la infección por el virus VIH. Puede ser adquirido por contacto sexual, por la sangre, (intercambio de jeringuillas en usuarios a drogas por vía parenteral), o bien de la madre seropositiva al feto.

Se denomina infección VIH cuando el virus está en el organismo, una persona infectada puede permanecer durante varios años sin que presente síntomas de la enfermedad, es decir sin que tenga SIDA, por lo tanto una persona infectada con el VIH puede estar aparentemente sana. Los síntomas del SIDA son la consecuencia de la baja de defensas y estos dependen del órgano afectado o de la infección que presente por ejemplo si tiene tos persistente por largo tiempo puede ser señal de



tuberculosis, o si se inflaman los ganglios puede ser por infecciones o enfermedades malignas como el linfoma. Algunos pacientes con SIDA presentan manchas de color violáceo en la piel, otros pacientes presentarán infecciones graves por hongos; la mayoría de las personas presentan disminución de peso, siendo esta baja de peso y diarrea síntomas importantes de la enfermedad.

Una persona que tiene cualquiera de las infecciones de transmisión sexual puede infectarse con mayor posibilidad del virus del SIDA que una persona que no las tiene.

### **¿Qué hacer para evitar las infecciones de transmisión sexual?**

Para evitar contraer infecciones que se transmiten por vía sexual existen tres caminos:

1. Abstinencia
  2. Tener relaciones con una sola pareja que le sea fiel
  3. Uso del preservativo
- **Preservativo masculino:** es una funda de goma sintética (látex) fina y elástica, que se debe de colocar sobre el pene erecto antes del inicio de la penetración.



Después de la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando todavía está erecto, para evitar que el preservativo no quede en el interior de la vagina o ano. Su efectividad aumenta si se usa con productos espermicidas. Este método protege de ITS y SIDA.



- **Inconvenientes:** se deben colocar antes de la relación sexual. Algunos hombres refieren pérdida de sensibilidad. Los condones que tienen sustancias espermicidas pueden provocar irritación.
- Debe fijarse en la fecha de caducidad, mantener en lugares frescos.
- Cuidar que no se rompa.
- Debe utilizarse un preservativo por cada penetración.





- **Preservativo femenino:** es una funda de goma sintética (poliuretano), que la mujer debe introducir en la vagina, colocando el anillo flexible sobre el cuello del útero y dejando el anillo rígido en el exterior. Se debe de colocar antes de la penetración y retirar al acabar la misma. Este método protege de ITS y VIH/SIDA.
  - **Inconvenientes:** su elevado precio. Exige un entrenamiento previo para colocarlo bien.

### ***¿Qué hacer ante la sospecha de tener una ITS?***

- Acudir a un centro de Salud.
- Nunca auto medicarse, ni seguir los consejos terapéuticos de un amigo, empleado de la farmacia, etc.
- Nunca creer que estamos curados porque desaparecen los síntomas sin habernos tratado.
- Ayudar a la localización de los contactos sexuales



## ANEXO Nº 5

### Variables Cualitativas Nominales.

<b>VARIABLES</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha	Tiempo	Años Cumplidos	Años
PROCEDENCIA	Región geográfica( Área de división política a la que pertenece una persona; y su relación con centros poblados urbanos y rurales)	Región geográfica Centro poblado Urbano - Rural	Provincia Urbano - Rural	Nominal Si No
SEXO	Diferencia física y de conducta que distingue a	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Masculino Femenino



	los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción y desarrollo social			
CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ITS	Conjunto de información adquirida en relación a ITS	Conjunto de información adquirida	Encuesta CAP	SI NO
ACTITUDES SOBRE LAS ITS	Intenciones frente a una situación probable	Intenciones	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA 27 Indicador: Actitudes correctas frente a ITS Escala	SI NO Numérica



			de Autoeficacia A, B, C	
PRÁCTICAS SOBRE LAS ITS	Comportamiento tomado frente a una situación específica	Comportamiento	Encuesta CAP y escala de autoeficacia SEA 27 A, B, C	SI NO

## ANEXO Nº 6

### Durante la intervención educativa



### Durante los talleres



## Finalizando las encuestas



## Estudiantes de las Escuelas de Artes-Escénicas

